

723

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BELMONT Annick, née BRIEND

née à ERQUY (Côtes-du-Nord) le 27 Décembre 1930

Présentée et soutenue publiquement le 1963

Une
méthode d'enquête médico-sociale
sur les enfants et les adolescents
atteints d'infirmités motrices

Président : M. Julien MARIE, Professeur

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Année 1963

T H E S E

N°

pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

Annick BELMONT, née BRIEND
née à ERQUY (Côtes du Nord), le 27 Décembre 1930

Publiée et présentée publiquement le

1963

UNE METHODE D'ENQUETE MEDICO SOCIALE SUR
LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS
ATTEINTS D'INFIRMITES MOTRICES

PRESIDENT de Thèse : Monsieur JULIEN MARIE, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153510_0016

1.2.1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot (J.), Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR..... Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELLARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	NERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAE (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYROL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)

MM.

Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle. J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires:

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
{ Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
{ Cochin	LEGER (L.)
{ Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales .. { Pitié	CORDIER (G.)
	{ Saint-Antoine
	{ Salpêtrière
	{ Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERCLE-D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cliniques des maladies métaboliques (Necker) ..	HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais) . . .	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Boucicaut	LENEGRE (J.)
Broussais	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	COCHIN BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Lariboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales { Baudelocque	LACOMME (M.)
{ Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sénéologie médicale	DOMART (A.)
Sénéologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel:

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

MM.

Anatomie.....	Cabrol (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)	Histologie....	(COUJARD (R.) pr.s.ch. MARCIS (M.) RACADOT (J.)
	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr.s.ch. ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) n.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Hydrologie	(BESANCON (F.) CORNET (A.)
Anatomie pathologique		Hygiène.....	(BOYER (J.) pr.s.ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Anesthésiologie	Kern (E.) VOUREH (G.)	Maladies infectieuses.....	(BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Médecine légale.....	(DEROBERT (L.) pr.s.ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. n.conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
		Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
			(GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBET (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports..	PLAS (F.)	Obstétrique...	
	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (C.) SELIGMANN (E.)	Ophthalmologie	(BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Carcinologie		Oto-rhino-laryngologie	(JUDET (R.) MEARY (R.) POMEL (M.) RAMADIER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Parasitologie	(COLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LIBARD (G.)		
	BESSIS (M.) ELSKI-DASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie			

MM.

MM.

Pathologie
chirurgicale

(BARCAT (J.)
BINET (J.P.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.L.)
DUBOST (Cl.) et DUBOST (Ch.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)

Pathologie
exotique ...

SCHNEIDER (J.)

Pathologie
expérimentale

(BENHAMOU (J.P.)
BERTHAUX (P.)
BOIVIN (P.)
CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPER (J.) Pr. s. ch.
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
RICHEL (G.)

Pathologie
médicale

(AUSSANNAIRE (M.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CATINAT (J.)
CHRETIEN (J.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
ETIENNE (J.P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
HENNEQUET (A.)

Pathologie
médicale
(suite)

Pédiatrie-
Puériculture

Pharmacologie

Physiologie

Physique
médicale

Pneumo
phtisiologie

Psychiatrie ..

Psychiatrie
infantile

Rhumatologie .

Stomatologie

(HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHE (Cl.)
LESOBRE (R.)
LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NICK (J.)
ROYER (P.)
TOURNEUR (R.)
WOLFROMM (R.)

(LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
MANDE (R.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

(BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

(BARRES (G.)
DEJOURS (P.) pr. s. ch.
DURAND (J.)
GIRARD m. conf.
HUGELIN (A.)
SCHERRER (J.)

(CHANTEUR (J.)
GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch.
GREMY (F.) m. conf.
MILHAUD (G.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.Cl.)
TUBIANA (M.) m. conf.

(KREIS (B.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)

PICHOT (P.)

(DENIKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)

DELBARRE (F.) pr.s.ch.

(CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A.) m.c.agr.
GRELLET (M.)

MM.		MM.	
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)	Urologie.....	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.			
Anatomie.....	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtal- mologique.....	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chi- rurgicale	{ ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr.s.ch Verne (J.-M.)	Clinique oto-rhino- laryngologique..	MADURO (R.)
Clinique médi- cale.	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatri- que et puéricultu- re.....	LAPLANE (R.)
Clinique obsté- tricale.....	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychia- trique.....	BARUK (H.)
		Clinique urologi- que.....	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J.) Pr.s.ch.
-CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE ..	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire général de la Faculté.....	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque}	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine }	
Conservateur.....	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires.....	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Pour mes parents,

Pour mon mari,

Pour mes enfants et

mes amis,

ce témoignage d'affection.

A Monsieur le Professeur Robert DEBRE

Membre de l'Institut

A Monsieur le Professeur Julien MARIE,

A Monsieur le Professeur Raymond MANDE

Nous prions

Monsieur le Docteur F. ALISON

Madame le Docteur J. FABIA

Madame le Docteur N. MASSE

Monsieur le Docteur P. MASSE

Monsieur le Docteur J. RAYNAUD

d'accepter ce témoignage de vive reconnaissance
pour l'aide que nous ont apportée leurs conseils.

UNE METHODE D'ENQUETE MEDICO-SOCIALE

SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

ATTEINTS D'INFIRMITÉ MATRICE.

INTRODUCTION

La réaction instinctive de l'homme primitif rejette l'infirme ou l'estropié comme un fardeau inutile pour la société. L'attitude traditionnelle dans nos pays civilisés, vis à vis des infirmes, a été celle de la charité, attitude qui se retrouve dans la législation, l'effort de la collectivité s'étant presque uniquement manifesté sur le plan des allocations, des pensions ou des rentes.

Heureusement un espoir nouveau s'ouvre :

Grâce aux techniques modernes du reclassement social, le diminué physique peut prendre ou reprendre une place active dans la collectivité. Les progrès croissants des techniques industrielles permettent d'espérer qu'une place de plus en plus grande pourra être faite aux handicapés physiques. En particulier, les problèmes posés par les enfants infirmes sont nombreux et complexes. Ils tiennent pour une part à l'infirmité même, dont la nature et la gravité retiennent sur les possibilités de l'enfant, mais aussi à la façon dont celui-ci s'adapte effectivement à cette infirmité, aux possibilités d'épanouissement qui lui sont offertes par son entourage familial, par la Société. Ainsi se justifie le regroupement des infirmes Moteurs par des caractéristiques communes, en ce qui concerne en particulier l'avenir social.

De nombreuses études ont été consacrées à ces multiples problèmes. Le Centre International de l'Enfance, présidé par le Professeur Robert Debré, a entrepris la réalisation d'une série d'enquêtes dans différents pays sur le sort des enfants atteints d'infirmités motrices. On trouvera ici des considérations concernant la méthode de l'enquête réalisée en France, en collaboration, par le Centre International d'Hygiène, le Ministère de la Santé Publique et de la population, avec le concours de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale.

Entreprise en 1954, cette enquête a permis de recenser et d'étudier, au sein d'une population globale de 846 266 habitants le cas de 3 272 sujets atteints d'une infirmité motrice entre leur naissance et l'âge de vingt ans, ces sujets n'ayant pas plus de 35 ans le premier janvier 1955.

Les principaux résultats de l'enquête française ont été exposés au cours d'un séminaire qui s'est tenu à Paris du 30 novembre au 2 décembre 1959, sous la présidence du Docteur Aujaleu, Directeur Général de la Santé Publique. Ces résultats ont été publiés dans le compte-rendu de ce séminaire, ainsi que les résultats de l'enquête Italienne. Ils ont été repris, complétés et développés dans une Monographie de l'Institut National d'Hygiène.

Nous voulons ici :

- I Définir les bases de l'enquête et la notion d'Infirmité Motrice.
- II Préciser les buts de l'enquête.
- III Justifier la nécessité d'une pareille enquête.
- IV Décrire son fonctionnement :
 - 1) La mise en place de l'enquête et son organisation,
 - 2) La technique du recensement des Infirmes,
 - 3) Dans chaque cas particulier, le questionnaire réunissant deux ordres de renseignements :
 - renseignements généraux sur l'infirmes
 - renseignements sur l'infirmité :
 - . Diagnostic,

- . origine ou circonstances d'apparition,
- . type,
- . traitement subis,
- . bilan fonctionnel élémentaire.

V Nous donnerons, pour terminer, quelques résultats globaux de l'enquête, sans les discuter.

PREMIERE PARTIE

- | | |
|-------------|---|
| CHAPITRE I | Les Bases et les Buts de l'Enquête.
Définition de l'Infirmité Motrice. |
| CHAPITRE II | La Nécessité d'une pareille Enquête
et sa justification. |

- - - - -

CHAPITRE PREMIER

LES BASES ET LES BUTS DE L'ENQUETE

DEFINITION DE L'INFIRME MOTRICE

Lorsque nous abordons le problème de l'enfant infirme ou handicapé physiquement, il importe de définir ce que nous entendons par là.

LA NOTION D'INFIRME MOTRICE

Le terme d'"infirmes" persiste comme la conception populaire d'handicapé physiquement. Il y a différentes sortes d'handicapés physiques, certains facilement reconnaissables, d'autres ne sont pas aussi évidents, mais sont néanmoins des infirmes au plein sens du terme. Certains n'ont pas de mains ou de bras, d'autres ont des déformations de la hanche ou du tronc. D'autres marchent avec cannes ou béquilles, d'autres se déplacent dans des fauteuils roulant. Un autre groupe important n'apparaît pas dans la rue à cause de leur extrême handicap, certains sont grabataires...

Dans un champ aussi étendu que les handicapés moteurs, il est difficile de formuler des définitions simples qui soient suffisamment larges pour recouvrir les subdivisions variées et suffisamment étroites pour avoir une signification spécifique.

Dans un sens très large, on entend généralement par "diminués physiques" toutes les personnes qui, du fait d'une infériorité physique, congénitale ou acquise, de quelque nature que ce soit, subissent un handicap dans leur vie, qu'il s'agisse, pour ces personnes, de suivre une scolarité normale, d'apprendre un métier, d'obtenir un emploi, de conserver celui qu'elles occupent ou d'occuper celui qu'elles ont exercé avant l'accident ou la maladie qui les en a momentanément éloignées.

En un sens plus restreint, les "handicapés moteurs" sont des "personnes qui, soit de naissance, soit à la suite d'un "accident ou d'une affection acquise au cours de leur existence, "subissent un préjudice direct, permanent et définitif dans les "fonctions du mouvement, dû à l'absence ou à la perte, la paralysie, "l'ankylose, la déformation, etc... d'un membre ou d'une partie du "corps. Les rhumatismes déformants ou ankylosants et les tubercu- "loses osseuses ou articulaires sont compris parmi ces infirmités." - (Termes de la loi du 1er décembre 1928, portant création en Belgique d'un Fond des Estropiés et Mutilés.)

Cette définition rejoint de très près celle que les Anglo-Saxons ont reprise pour englober les trois termes communément employés chez eux : "motor-handicaped", "crippled" et "orthopédic". Citons la définition très large donnée par l'Angleterre et qui reflète bien le souci de médecine préventive qui y règne. Elle comprend "toutes les personnes qui n'ont pas l'usage normal de leurs "membres ou du tronc. On doit aussi y inclure les infirmes possibles, "c'est à dire les personnes (des enfants pour la plupart) qui ont besoin d'un traitement immédiat pour prévenir ou corriger une "déviation ou une difformité qui pourrait les rendre infirmes." - (Hand book on the welfare of Cripples Central Council for the care of Cripples. London, England, 1937, P. 17)

Les divers Etats Américains ont davantage encore précisé ce qu'ils entendaient par un enfant infirme, notamment Ohio et New York, pionniers en matière de Législation et d'Education en faveur des handicapés :

"Un enfant infirme", résume la définition adoptée par la White House Conference, "est celui qui, en dessous de 21 ans, "par défaut de développement congénital ou acquis, maladie ou "accident, est ou peut devenir, selon toutes prévisions, déficient "dans l' usage du corps ou des membres (un infirme orthopédique), "ce qui induit également le bec de lièvre, la gueule de loup, et "certains autres handicaps nécessitant la chirurgie plastique, à "l'exclusion totale des défauts physiques de la vue, de l'ouïe, ou "du langage et de ceux qui affectent en principe le coeur ; à "l'exclusion également des graves anomalies mentales ou morales." (White House Conference Report on Child Health and Protection,

Section IV b. The Handicaped Comittee on Physically and Mentally Handicaped. - D - Appleton - Century Company, New York, 1933, p. 119.)

Nous adopterons celle-ci :

"L'enfant infirme, au sens orthopédique, est un "enfant qui a une déficience laquelle est la cause d'une difformité "ou d'une gêne (entrave) de la fonction normale des os, muscles ou "articulations. Cet état peut être congénital ou peut être dû à "une maladie ou un accident. Il peut en outre être aggravé par la "maladie, la négligence ou l'ignorance."

L'enquête présentée ici concerne les infirmités congénitales ou acquises, intéressant les fonctions du mouvement (tronc, membres), à la suite d'une atteinte osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse (périphérique ou centrale). Les infirmités purement psychiques, ou purement sensorielles, les impotences entraînées par une maladie d'organes non locomoteurs (cardiopathie, asthme, etc...) n'ont pas été retenues, sauf, bien entendu, si elles étaient associées à une infirmité motrice, telle qu'elle a été définie plus haut.

HISTORIQUE

Pendant longtemps les handicapés physiques ont été considérés comme une minorité à la charge de la Collectivité et non comme un "potentiel productif".

La première notion de réadaptation a été lancée en France en 1860 par l'Abbé de l'Epée, qui créa un Institut des Sourds-Muets.

Valentin Hatty et Braille, pour les Aveugles, furent les pionniers qui inaugurèrent l'idée et la doctrine moderne du reclassement professionnel et du plein emploi.

Mais pour les infirmes moteurs, très peu de tentatives étaient alors faites pour essayer d'améliorer leur état fonctionnel. L'infirmité, trop souvent, était considérée par les médecins et par l'entourage comme une fatalité irrémédiable. On ne cherchait pas à utiliser certaines des fonctions restées intactes pour rendre à l'infirme une indépendance progressive, on tentait rarement de le préparer à l'exercice d'une profession.

Quelques oeuvres privées, en France, ont eu pourtant le mérite de faire de la rééducation d'Enfants Infirmes Moteurs, bien avant que le mot de rééducation n'ait connu sa vogue actuelle. C'est le cas de la Colonie de Saint-Fargeau, créée en 1917, de l'Aide aux Enfants Paralysés dont le Centre de la Rue de la Croix-Rubin fonctionne depuis de longues années.

L'intérêt porté à la rééducation des Infirmes s'éveille et se généralise, après les deux guerres mondiales.

La notion de Handicap Physique succède à celles d'Infirme (qui n'a pas de force) et d'Invalide (qui ne remplit pas les conditions requises.) La Déficience entraîne une inadap-tation temporaire ou définitive qui peut être corrigée.

Quand la première guerre mondiale apporta la crainte du manque de main d'oeuvre, les Anglo Saxons durent mobiliser toutes les ressources de leur pays et furent amenés à confier certains postes de travail à des déficients physiques. L'occasion fut ainsi donnée à beaucoup d'entre eux de faire la preuve de leur efficacité.

Ainsi se développa la doctrine basée sur la récupération des infirmes et par conséquent sur leur rééducation professionnelle.

Lors de la deuxième guerre mondiale, l'effort de guerre exigeait la récupération maximum des forces vives des nations belligérantes. Parallèlement le développement de l'organisation de la médecine du Travail transformait fondamentalement les conditions d'embauche : il n'est plus besoin de perfection physique et de force musculaire intactes pour des emplois polyvalents. Il faut trouver, pour des postes de travail précis, aux gestes fixés à l'avance dans des bureaux d'étude, des sujets capables d'accomplir ces gestes pendant un temps donné, à un rythme donné. Ford, le premier, ouvrit ses usines de Detroit à des diminués physiques.

Ainsi, si des facteurs sentimentaux ont joué un rôle incontestable, les facteurs épidémiologiques (les pays Anglo-Saxons et Scandinaves, particulièrement touchés par la Poliomyélite sont les premiers à s'attacher à ces problèmes de rééducation) et surtout les facteurs économiques ont eu une action déterminante dans cette évolution. On a même pu dire que le but de la rééducation était de faire de l'invalidé une valeur marchande, si possible un travailleur cent pour cent.

Après la fin de la guerre, sous l'impulsion de différents organismes internationaux, le mouvement en faveur de la rééducation des infirmes se propage dans de nombreux pays. La France s'engage également dans cette voie. Progressivement s'ébauche une Législation Sociale destinée à assurer la protection des infirmes et leur reclassement social.

Dans cette optique, il convient d'apprécier au moins approximativement l'étendue du problème.

BUTS DE L'ENQUETE

L'enquête sur le sort des enfants infirmes moteurs s'inscrit dans le cadre du programme international pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées, dont le premier objectif est de "stimuler et d'encourager les recherches portant sur les causes des infirmités." Les Nations Unies et leurs institutions spécialisées manifestent le plus vif intérêt au développement de toutes les mesures destinées à faciliter l'intégration des inadaptés dans la vie normale.

Le Centre International de l'Enfance, sous l'impulsion du Professeur R. Debré, a consacré une partie importante de ses activités à l'étude de l'enfance inadaptée.

Cette enquête est un des aspects de tout un programme d'ensemble en matière d'infirmités motrices entrepris par le C.I.E., envisageant tous les aspects, médicaux, psychologiques, sociaux et professionnels de la question, effort destiné à fournir aux organisations internationales, aux gouvernements et à toutes les institutions s'occupant de l'enfance physiquement diminuée, des indications leur permettant d'orienter leurs réalisations. Il fallait, en effet, apporter des documents sur l'importance du problème, généralement sous-estimé, et sur ses différents aspects.

Les buts de l'enquête sont triples :

- I - Le premier était de recenser les jeunes infirmes et de mettre au point une méthode pratique de recensement.
- II - Le deuxième, de connaître les causes exactes des infirmités, leur nature et leur fréquence pour adapter les mesures médico-sociales.
 - Prévention
 - Traitement
 - Réadaptation

- III - Le troisième, d'évaluer leur adaptation à la vie matérielle quotidienne, c'est-à-dire savoir si le maximum a été fait pour la récupération des infirmes, tant sur le plan médical que social, scolaire et professionnel. Dans le cas contraire, préciser les mesures à prendre.

CHAPITRE DEUXIEME

LA NECESSITE D'UNE PAREILLE ENQUETE ET SA JUSTIFICATION

Si le problème des Infirmes Moteurs a passionné de nombreux chercheurs, il a été rarement étudié dans son ensemble sur des documents contrôlés. C'est ce que nous voudrions exposer rapidement ici en donnant un aperçu nécessairement limité de la manière dont on peut aborder l'étude des infirmes moteurs et en nous arrêtant un peu sur certaines enquêtes médico-sociales déjà entreprises dans différents pays.

Toute infirmité motrice pose trois ordres de problèmes :

- 1) - Problèmes Cliniques qui demandent un travail de classification et de diagnostic.
- 2) - Problèmes de traitement :
 - Rééducation motrice,
 - Traitements médicaux,
orthopédiques,
chirurgicaux.
- 3) - Problème social.

1 cas léger où il y a peu de choses à faire

3 cas qui demandent des soins de rééducation prolongés. Ce sont ces derniers qui posent des problèmes sociaux.

Du point de vue statistique : La plupart des enquêtes que nous avons relevées sont des enquêtes régionales limitées et non des études sur des régions étendues. Le matériel a été recueilli par enquêtes de médecins praticiens et spécialistes, comités sociaux, dossiers hospitaliers, et souvent en relation avec les associations de parents d'infirmes et autres organisations sociales (of welfare). Plus rarement, il s'agit d'enquêtes effectuées "porte à porte" (c'est le cas dans le Shenectady). La méthode idéale pour établir la fréquence d'une maladie ou d'une infirmité dans une fraction de population est, naturellement, d'examiner chaque personne individuellement dans le secteur considéré. Ceci est impossible à pratiquer lorsqu'un secteur étendu est intéressé. Or, on doit obligatoirement considérer un large secteur si l'on veut obtenir un résultat statistique valable. Force est donc de recourir à d'autres moyens moins directs.

Dans une enquête sur la Fréquence des Paralysies Cérébrales, dans le Shenectady County, N.Y. U.S.A. (1949), la méthode adoptée fut la suivante :

- a) obtenir les dossiers de tous les hôpitaux, institutions et autorités médicales, et des médecins, dans ce district de 137 488 habitants. Tous les cas examinés et traités furent consignés.
- b) Des étudiants entraînés menèrent alors une enquête "porte à porte", qui couvrit 16,4% de la population. Les cas suspects furent soumis à un examen spécial. Pour 10 cas rapportés dans la première partie de l'enquête, la seconde partie "house to house" découvrit 7 nouveaux cas.

On put évaluer ainsi les cas de "cerebral paralysis"
aux chiffres bruts de

5,9 pour 1 000 naissances

.152 pour une population de 100 000 habitants.

Dans ce nombre,

9% des cas n'ont pas besoin d'aide,

64,1% réclament des soins ambulatoires,

8,3% réclament un traitement médical
prolongé dans un hôpital-school,

18,8% réclament un Placement en Institution.

Cette enquête est une des études les plus complètes
entreprises dans un secteur géographique limité, dans le but
de se rendre compte de la fréquence des I.M.C.

(Enquête du New York State, Department of Health, Education,
Mental Hygien and Social Welfare jointly participated in a
survey of Cerebral Palsy in Shenectady County, N.Y. 1949).

Une autre enquête plus récente fut menée dans le Connec-
ticut (1951). Ses buts furent sensiblement les mêmes que ceux
qui motivèrent notre enquête, mais appliqués aux seuls I.M.C.
et non pas à toutes les infirmités motrices.

Cette enquête se présente d'abord comme un recensement
des I.M.C. âgés de moins de 21 ans. A ce recensement s'ajoute une
étude plus poussée portant sur un échantillon prélevé au hasard
par le statisticien sur la totalité des I.M.C. recensés et détaill-
lant par un questionnaire et par un examen clinique de chaque
enfant considéré par :

- un pédiâtre,

- un chirurgien orthopédiste,

- un clinicien psychologue,
- un éducateur,
- et, pour les enfants de plus de 14 ans,
un conseiller d'orientation professionnelle.

les aspects médicaux,
sociaux,
psychologiques,
éducatifs,
professionnels
du problème.

Furent retenus au total 1 519 enfants I.M.C. âgés de moins de 21 ans. Les moyens disponibles n'ont pas permis la confirmation par examen médical du diagnostic d'I.M.C. pour tous les enfants enregistrés. Cependant, par l'analyse statistique des échantillons, on a pu estimer approximativement le nombre d'enfants âgés de moins de 21 ans atteints d'I.M.C. entre 1 050 et 1 200 (pour le Connecticut).

Autre type d'enquête, faite dans le New Jersey en 1951, (citée par T. Hopkins, H.V. Bice et K. Colton à l'International Council for Exceptional Children - Washington 1954) :

En 1926, une Commission appelée "The New-Jersey crippled children Commission", fut chargée du dépistage et de l'orientation pour les traitements médicaux, la rééducation, l'éducation et l'orientation professionnelle. Cette commission fonde une unité, appelée Babbit Hospital, pour les "Cerebral Palsy", suivie plus tard de la création de plusieurs dispensaires, centres pilotes et centres de traitement dans tout l'Etat.

De 1936 à 1951, les cliniques dirigées par la Commission examinèrent 2 000 cas d'I.M.C., 1 505 dossiers furent retenus,

vivent en ville. Les distances point trop grandes ont permis d'examiner tous les cas découverts chez des sujets âgés de moins de 21 ans. D'un point de vue statistique, on ne peut affirmer que la silhouette obtenue pour cette région soit représentative du pays tout entier. Cependant, elle permet une certaine approximation en ce qui concerne l'étendue et l'importance du problème en Norvège.

Cette enquête visait au recensement complet de tous les I.M.C. âgés de moins de 21 ans d'une région donnée. Elle fut faite grâce :

- . aux dossiers des Médecins Praticiens.
 - . à une organisation féminine qui, ayant une connaissance familière des conditions locales, découvrit les cas suspects.
 - . à l'aide du film et de la publicité informant le personnel infirmier et les volontaires pour reconnaître les I.M.C. et les signaler.
 - . aux dossiers issus des hôpitaux où sont admis en général les enfants de la région inspectée.
- Erik Hansen, au Danemark, dans sa thèse "Cerebral Palsy in Denmark" en 1960, rapporte une enquête portant sur les I.M.C. de tout le pays et qui nous renseigne sur la fréquence de l'infirmité, ainsi que sur la répartition des infirmes selon :
- le lieu géographique,
 - le statut civil,
 - l'état social,
 - la résidence.

La collecte du matériel fut relativement facile, car, au Danemark, il est obligatoire de déclarer tous les cas d'infirmité permanente. Il suffisait de prendre connaissance de la liste des diagnostics et d'y relever les

rubriques intéressant l'enquête. Cette recherche fut complétée par les renseignements donnés par les hôpitaux et institutions sur les I.M.C. découverts, l'examen des dossiers et l'envoi d'un questionnaire.

L'intention originale était de recenser tous les sujets atteints l'I.M.C. du pays. Mais, pour des raisons économiques et pratiques, on se décida à ne garder que les infirmes nés entre les années 1925 et 1953.

- Hulitz G. et Redin B. en Suède, ont étudié la fréquence des I.M.C. dans un groupe d'enfants âgés de deux à onze ans, d'une population de 265 000 habitants (Ostergotland County). Il fut trouvé un taux de 2,1 I.M.C. pour mille enfants âgés de deux à onze ans. Dans 2/3 des cas, on a retrouvé dans l'anamnèse :

- . la prématuration,
- . une maladie de la mère pendant la grossesse,
- . des difficultés obstétricales à la naissance.

Dans 57% des cas, il y avait une déficience mentale (Q I / 70).

Dans 38% des cas, une débilité nette. (Q I / 50).

EN FRANCE

Thèse de N. Laiter

Travaux de Tardieu :

Etude de 1 044 cas d'infirmités motrices d'origine cérébrale, qui porte uniquement sur des cas étudiés personnellement avec le Docteur Tardieu. Elle se rapporte aux points suivants : sexe, âge, étiologie, niveau intellectuel, type d'atteinte motrice, répartition anatomique

des troubles moteurs, intensité des troubles, troubles de la parole, comitialité, troubles sensoriels et gnosiques, répartition géographique.

B - En ce qui concerne la Poliomyélite :

Nous possédons des données statistiques officielles sur la fréquence de la maladie. (Rapports des Comités d'Experts de la Poliomyélite). Des études épidémiologiques, cliniques, statistiques, ont été faites dans tous les pays. Les aspects sociaux n'ont pas été négligés.

DARDEL J.P., thèse de 1956 : étudie un groupe homogène de plus de 200 poliomyélitiques, parvenus au stade des séquelles, pour juger la réadaptation motrice et sociale de chacun de ces cas.

A. TRAMOY : enquête de même sur 152 paralysés atteints de séquelles de Poliomyélite.

TIWARI C.P. et SAXENA R.N. aux Indes, s'attachent aussi au problème social créé par la Poliomyélite, dans une étude étendue à deux cent familles choisies dans toutes les couches sociales, complétée par l'examen des réactions et des problèmes individuels portant sur 25 handicapés et leur famille.

C - Quant aux études d'ensemble concernant tous les handicapés moteurs, dont le regroupement se justifie spécialement par l'importance des problèmes médico-sociaux qu'ils posent et le fait qu'ils se posent de façon semblable pour les différentes espèces d'infirmités, elles sont peu nombreuses et incomplètes.

ROUSSEAU MAX, en 1939, étudie dans une thèse "le problème de l'enfance estropiée dans le monde - l'urgence d'une solution en France - Législation, dépistage, traitement, éducation, enseignement professionnel, placement."

CHRISTOL J., dans une thèse "sur l'avenir des enfants atteints de handicaps moteurs - recherche des éléments de pronostic, à partir de 133 observations du Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Ramonville St. Agne." L'ensemble des infirmités motrices sans distinction de nature est bien le sujet de l'étude, mais celle-ci ne porte que sur un nombre limité de cas, non choisis au hasard, et n'examine qu'une partie du problème. Elle ne répond pas au triple but défini précédemment, en particulier, elle ne permet pas de mesurer l'étendue du problème.

Cette remarque s'applique également à l'enquête de :

Melle ISAAC "sur la réadaptation sociale des diminués physiques en France", qui examine la situation des diminués physiques en France quant à l'équipement (institutions et personnes adaptées,) quant à la Législation.

Comme l'écrit le Docteur Lataillade, dans une communication présentée à la Séance de la Société Française de Médecine préventive et sociale (Paris le 16 février 1957) :

"Si paradoxal que cela puisse paraître, même dans les "pays les plus développés, on ne possède pas d'informations "exactes et complètes sur la nature, les différentes catégories, le nombre des infirmités motrices, la fréquence "relative de leurs causes."

EN FRANCE

Selon la thèse de Rousseau (1939), il y avait 120 000 paralyés. En fait, nous n'avons aucun moyen d'établir une statistique certaine. Seule la poliomyélite est une maladie à déclaration obligatoire. D'autres indications nous sont

données par les chiffres sur les blessés de guerre et les accidentés du travail.

Les seuls renseignements statistiques qui existent en France proviennent des recensements généraux de la population. Le recensement du 10 Février 1946 faisait mention, pour l'ensemble de la France de 197 890 sujets atteints d'infirmités motrices, dont 17 712 enfants et adolescents (jusqu'à 19 ans inclus). Ces chiffres sont vraisemblablement au dessous de la réalité. D'autre part, cette statistique ne comporte pas de précision utile sur le type des infirmités, sur leur importance, ni sur la situation des infirmes. En outre, ces chiffres reposent uniquement sur les déclarations des intéressés et de leur famille.

La Loi CORDONNIER rend aussi, en principe, la déclaration à la mairie obligatoire pour les mineurs de moins de 15 ans. Toutefois elle n'est applicable qu'à partir d'une invalidité de 80% (d'après le barème d'invalidité du code des pensions militaires et le commentaire qui y a été ajouté pour l'application aux jeunes sujets) et ne concerne, en définitive, que les grands infirmes. Il reste donc une large catégorie d'individus qui, pour n'être pas visée par ce barème théorique, n'en pose pas moins un problème aussi ardu et parfois même davantage.

EN GRANDE BRETAGNE

Le recensement des diminués physiques a été rendu obligatoire par une loi assez récente. Le Ministère du Travail établit un registre sur lequel sont inscrits les invalides médicalement reconnus et dont l'invalidité semble devoir se prolonger pendant six mois au moins, à partir de leur inscription au registre.

L'inscription des invalides a commencé en Septembre 1945 :

905 000 invalides y figurent (individus âgés de 16 à 65 ans). Ils représentent 2% de la population et 6% de la population active. Une étude faite en 1948 a permis de les classer de la façon suivante :

- Amputés	7,5%
- Autres cas chirurgicaux	34,9%
- Cas médicaux	35,3%
- Cas de mentaux et nerveux	5,6%
- Aveugles	0,9%
- Infirmités diverses	15,8%

(Travail de Girard G. in Travail Social - 1953 - 4 - p.28)

AUX U.S.A.

Les tentatives d'estimation générale donnent des résultats assez disparates.

Melle HELMER, dans son rapport de stage à l'Institut pour les enfants infirmes et diminués physiques (New York, 1955) écrit : "Malgré les recommandations Législatives, peu d'Etats et de villes ont fait des enquêtes statistiques sur le nombre de leurs infirmes. Il faut noter que la mentalité américaine n'aime pas le système du registre obligatoire."

Sur la base du recensement général de la population de 1940, on peut parler de 1/2 million d'enfants, de 2 millions d'adultes. Il y aurait donc 2 millions 1/2 d'infirmes non compris les sourds, les aveugles, les malades chroniques et les invalides de guerre.

Une autre statistique, datant de 1946, donne un total général de 8 millions et demi de diminués physiques de toutes conditions, âgés de 25 à 64 ans, soit 1/20ème de la population du pays.

En 1946 également, le service des Enfants Infirmes de l'U.S. Children's Bureau a enregistré 449 545 enfants infirmes au dessous de 21 ans, dans les U.S. et leurs territoires. L'évaluation minima serait de 2,5 % enfants âgés de moins de 18 ans.

Dans le cadre des programmes d'Etat pour les enfants estropiés, les services spécialisés ont fourni, à travers le pays, des soins médicaux à un total d'environ 252 000 enfants en 1953.

Une classification des diverses infirmités selon le diagnostic principal, a été faite. Elle montre la fréquence relative des différentes catégories d'infirmités parmi les enfants traités. Elle montre en outre la fréquence des infirmités, traitées ou soignées, et se traduit en pourcentage d'infirmités, par rapport à la population totale d'enfants :

	NOMBRE EN 1953	% pour 100.000 ENFANTS AGES DE MOINS DE 21 ANS
MALFORMATIONS CONGENITALES	56 388	96,5 pour 100 000
POLIOMYELITIS	30 052	51,5 " "
CEREBRAL PALSY	22 226	38,1 " "

AU JAPON

Il n'y a pas de système de recensement officiel.

Une enquête Nationale fut menée en 1950. La méthode utilisée a été celle des échantillons, par un tirage au sort de 10% de tous les enfants et l'on découvrit 68 000 infirmes âgés de moins de 18 ans. Chiffre sans doute inférieur à la réalité, car d'autres enquêtes ont donné de plus grands pourcentages.

EXEMPLE : 1) enquête faite à Kyoto City en 1948 sur 129 906 enfants d'âge scolaire. Elle enregistre un taux de 12,1% d'infirmes.

2) à Osaka City (1949) sur 211 484 enfants d'âge scolaire, on trouve 13,1% d'infirmes.

En partant de ces bases, on a pu estimer à 420 000 le nombre des enfants I.M. dans tout le pays.

D - Quant à la répartition des principales causes d'infirmités, les résultats diffèrent d'une région à l'autre. Les données suivantes sont des moyennes :

Polio	22,9%
Tuberculose	19,3%
Malf. congénitales	19,3%
Paralysies cérébrales	11,4%
Traumatismes	7,9%
Ostéomyélite	6,1%

Arthrites	4,3%
Pied Plat	4,1%
Rhumatismes	2,5%
Scolioses	0,5%
Paralysie Brachiale obstétricale	0,3%
Autres diagnostics	1,4%

- - - - -

En conclusion de ce tour d'horizon sur les enquêtes médico-sociales intéressant les infirmes moteurs, nous remarquons les enquêtes systématiques effectuées sur les I.M.C.

Dès qu'il s'agit de l'étude globale des diverses infirmités motrices considérées dans leur ensemble, les informations permettant d'apprécier l'étendue du problème, à commencer par le dénombrement des infirmes moteurs, leur nature, leur cause, la fréquence relative des différentes catégories, sont incomplètes, approximatives ou absentes. A plus forte raison ignore-t-on, et nous reprenons ici les propos du Docteur Lataillarde, "les facteurs et les circonstances si complexes et si variables qui ont permis à une telle infirmité de s'installer de façon définitive et qui auraient pu être corrigées par une intervention judicieuse en temps opportun, de même qu'on ignore, dans bien des cas, quels sont les retentissements de l'infirmité sur le niveau d'éducation, l'avenir professionnel et social, la psychologie de l'infirme."

"On comprend ainsi que tous les renseignements qu'il est possible de recueillir dans ce domaine serviront une double politique en faveur des infirmes :

"- La première, à court terme, permettra à l'autorité sanitaire, Ministère de la Santé, Organismes de Sécurité Sociale,

"Collectivités locales, d'établir un bilan des besoins et de mettre
"en oeuvre les moyens nécessaires pour y faire face : Aménagement
"ou construction de services de traitement et de réhabilitation,
"formation de personnel spécialisé.

"- La deuxième, à long terme, s'attache à la préven-
"tion même des infirmités."

C'est pourquoi cette enquête a été entreprise.

o

o

o

DEUXIEME PARTIE

DESCRIPTION DE L'ENQUETE

Chapitre I	Les limites de l'enquête
Chapitre II	Descriptions de l'enquête de l'Aisne
Chapitre III	Le questionnaire
Chapitre IV	L'extension de l'enquête

- - - - -

CHAPITRE I

LE MATERIEL D'ENQUETE

LES LIMITES

Les buts une fois définis, il importait de choisir un matériel d'enquête dans un ou plusieurs secteurs déterminés, ce qui nous amène à préciser quelles sont les limites de l'enquête.

I - L'INFIRMITE

Une première précision nous est apportée par la définition adoptée pour l'infirmité motrice. Ont été retenues, ainsi qu'il a été dit plus haut, toutes les infirmités congénitales ou acquises, intéressant les fonctions du mouvement (tronc, membres supérieurs et inférieurs) à la suite d'une atteinte osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse.

Il fallait, bien entendu, que l'atteinte en question ait laissé une séquelle appréciable pour être repérée. La question s'est posée de savoir s'il fallait retenir les cas où les séquelles sont minimes. Les cas où les séquelles sont nulles ne doivent évidemment pas être retenus, mais il faut tenir compte des plus petites séquelles, même d'une simple fatigabilité.

On convient donc de retenir toutes les infirmités motrices dépistées même les plus légères, "le critère étant l'existence d'une anomalie à un niveau quelconque du système moteur".

II - L'AGE

En ce qui concerne l'âge des sujets, une double condition de temps doit être observée.

- La première est que l'infirmité ait atteint des sujets jeunes. Le C.I.E. se préoccupe des problèmes de l'enfance jusqu'à l'adolescence exclusivement, soit 14-15 ans, âge qui marque en principe la fin de l'enfance.

On décida alors de limiter l'enquête aux infirmités apparues avant l'âge de 15 ans.

Cependant, la fin de la scolarité et le début de l'apprentissage sont théoriquement situés à 14 ans. Avant 14 ans, l'infirme n'a aucune profession et son cas posera, non un problème de reclassement, mais un problème d'orientation.

Par contre, après 14 ans, peuvent apparaître les premiers accidents du travail et les premiers problèmes de reclassement.

Il a paru intéressant d'élargir l'enquête et d'y inclure ces problèmes dont l'intérêt est certain, en reportant la limite d'acquisition de l'infirmité à 20 ans. (En ce qui concerne le département de l'Aisne, pour lequel ces corrections arrivèrent en cours de travail, la limite de 0 à 15 ans fut maintenue).

- La deuxième condition concerne l'âge des sujets au moment de l'enquête. L'enquête se propose de rechercher ce que sont devenus ces enfants infirmes moteurs, mais il n'est pas possible de remonter trop loin en arrière; on convint que la limite d'âge supérieure serait de 35 ans au 1er janvier 1955. Ainsi les plus âgés des sujets étaient nés en 1919. Ceci nous évitait d'être obligés de remonter trop loin en arrière pour reconstituer l'histoire de l'infirme. Cependant, lors de l'enquête, des difficultés importantes sont apparues pour les sujets les plus âgés.

En conclusion - L'enquête portera sur toutes les infirmités motrices de quelque degré que ce soit, acquises durant les vingt premières années de la vie et limitée aux infirmes âgés de moins de 35 ans au moment de l'enquête.

III - Il existe une troisième limite, celle-ci d'ordre géographique, l'enquête ne pouvait pas être envisagée pour la France toute entière et a dû limiter son exploration à quelques secteurs dans cinq départements. Nous exposerons plus loin ce qui a pu motiver le choix de ces secteurs lors de l'extension de l'enquête.

L'enquête s'est développée en plusieurs temps :

un premier temps qui est celui de l'enquête pilote effectuée dans le département de l'Aisne dont le but est la mise au point de la méthode.

un deuxième temps qui est celui de l'extension à quatre autres départements.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DE L'ENQUETE DE L' AISNE

Il est apparu qu'une première enquête limitée pourrait être utilement entreprise en vue de reconnaître d'une manière concrète les difficultés inhérentes à ce type d'enquête et de définir la méthode à suivre.

ENQUETE PILOTE

Cette tâche a été confiée au centre de Santé Publique de Soissons disposant de moyens médicaux et sociaux importants, qui présente une réelle variété démographique et dont les dimensions permettent un travail en profondeur.

L'enquête a débuté au mois de mai 1954 avec, comme champ d'action la zone sur laquelle s'exerce l'activité du centre, soit 105 000 habitants, et éventuellement l'ensemble du département de l'Aisne - 487 000 habitants pour 834 communes en majorité rurale.

I - ORGANISATION PRATIQUE DE L'ENQUETE

Elle s'est développée avec le concours d'une équipe comprenant le directeur du centre de Santé Publique de Soissons, un pédiatre consultant à temps partiel, désigné par le C.I.E. et une assistante sociale à temps complet.

Le contrôle technique fut assuré de la manière suivante :

Des groupes de travail, réunissant des spécialistes des différents aspects - médical, pédiatrique, orthopédique, social, éducatif, psychologique, statistique - d'une telle étude se sont réunis périodiquement au C.I.E. depuis 1954, pour adapter leurs directives aux résultats de l'enquête pilote de Soissons.

Sur le plan administratif, la coordination de l'ensemble des enquêtes, lors de l'extension consécutive à l'enquête pilote, fut assurée par le Centre de Soissons (Dr IATAILLADE, auquel a succédé le Dr. SALMON).

Par la suite, les responsables des enquêtes dans les quatre secteurs d'extension ont été réunis à plusieurs reprises tant au Ministère de la Santé Publique qu'au C.I.E. Ils ont aussi accompli un stage de plusieurs jours au centre de Santé Publique de la Région de Soissons, pour y étudier sur le terrain l'organisation pratique de l'enquête.

LES CONTACTS A ETABLIR - TEMPS PREPARATOIRE

Du point de vue de l'organisation pratique, une des premières tâches consiste en la préparation psychologique de la population intéressée. Il faut s'assurer de la participation active des familles des infirmes, grâce, en particulier, au bénéfice immédiat que certains d'entre eux sont susceptibles de recueillir à la suite du dépistage.

Mais il s'agit aussi de présenter et de faire admettre l'enquête par les autorités administratives françaises intéressées par les divers aspects du devenir des enfants infirmes moteurs.

Pendant toute la période préparatoire, un grand nombre de visites et de prises de contact ont eu lieu, à l'initiative souvent de diverses personnes intéressées à l'enquête, et la collaboration des services, administrations, associations, personnalités diverses a été ainsi assurée :

Le Conseil de l'Ordre,
Le Syndicat des Médecins,
Le Directeur de l'Hygiène Publique,
Le Directeur de la Population,
Le Directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire,
Le préfet de l'Aisne,

ont été informés de l'étude projetée.

A l'échelon local, d'autres personnalités administratives ou techniques doivent être avisées :

- l'Inspecteur d'Académie,
- les Directeurs de la Santé et de la Population,
- le Président du Conseil Général,
- le Sous-Préfet de l'Aisne,
- le Représentant du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins,
- le Vice-Président du Syndicat des Médecins,
- le Médecin-Chef des Hospices civils de Soissons,
- le Directeur de l'Association Médico-sociale Anne-Morgan,
- la Présidente de la Croix Rouge Française,
- les Chirurgiens spécialisés,
- les Représentants de la Caisse départementale primaire de Sécurité Sociale,
 - de la Mutualité Agricole,
 - des Allocations Familiales,
 - de l'Union Nationale des Associations Familiales,
- Les Autorités religieuses et militaires.

L'enquête pilote a ainsi exploré parallèlement ou successivement deux voies différentes :

A - enquête statistique générale ou panoramique.

B - enquête sur questionnaire ou monographique.

A - L'ENQUETE STATISTIQUE OU PANORAMIQUE

avait, à l'origine, l'ambition de considérer l'ensemble du département de l'Aisne.

Il s'agissait d'entreprendre un recensement statistique aussi complet que possible de l'ensemble des enfants I.M. du département.

Deux essais de caractères différent eurent lieu :

- l'un fut la recherche à partir des documents, en puisant à toutes les sources d'information possibles et plus spécialement au fichier de "l'association Médico-Sociale Anne Morgan" de Scissons qui a l'avantage de couvrir, du point de vue social, 4 cantons depuis 30 ans. Recherche suivie d'un contrôle direct et sélection des cas détectés.

L'enquêtrice étudia ainsi 4 000 fiches pour déceler 21 cas. Ce travail de dépouillement et de visites de contrôle exigea un mois et demi. Le fichier de l'A.M.S. Anne Morgan possédant 40 000 fiches, il eut fallu huit à dix mois de travail pour l'exploiter. Il fallait chercher une autre base de travail et utiliser ce fichier simplement comme complément d'information.

- l'enquêteuse effectua alors une enquête directe en prenant comme terrain d'expérience le secteur rural du canton de Soissons (15 communes) et en s'adressant aux Maires, Instituteurs, et Curés, toujours en liaison avec l'assistante sociale du secteur.

On s'est alors aperçu que, sauf dans les cas très graves, chaque personne contactée faisait état de quelques infirmes, rarement les mêmes. Il était indispensable de ne négliger aucune source d'information, même dans le cadre local le plus réduit, et de recouper soigneusement tous les renseignements obtenus.

L'enquête s'est alors orientée vers une prospection systématique :

- des 800 communes rurales de l'Aisne par l'envoi de lettres circulaires aux Maires, Instituteurs, Secrétaires de Mairies, Curés, Assistantes sociales. (Pour cette première phase les communes urbaines ont été réservées, l'expérience a montré, en effet, que cette façon de procéder était valable surtout pour les petites et moyennes communes. Au delà de 1 500 habitants, les cas d'infirmités ne sont pas directement connus des Mairies.)
- des différents services centralisant des renseignements exploitables à l'échelon départemental :
 - 3ème division de la Préfecture : infirmes bénéficiant des lois d'assistance (Loi de 1905 - Loi Cordonnier) soit 18 000 dossiers étudiés.
 - Conseils de révision.

En même temps, une organisation rationnelle du fichier de l'enquête était réalisée (fiches individuelles, fiches numériques, fiches géographiques).

Pour nous résumer, il a été procédé :

a) à un recensement indirect sur pièces.

Ce travail a été poursuivi en utilisant les moyens ci-après :

- (1) Toujours en ce qui concerne les communes rurales, envoi de lettres circulaires aux Maires, Instituteurs, Curés et également aux responsables locaux de la ligue féminine d'Action Catholique.
- (2) Envoi de lettres circulaires aux Assistantes Sociales de secteur pour l'ensemble du département.

Pour faciliter les recherches et les réponses, l'enquêteuse a préalablement noté à l'intention des assistantes le relevé des infirmes déjà connus et signalés dans leurs secteurs respectifs. Un commentaire détaillé accompagnait ces demandes, qui ont donné lieu à de nombreux rappels. Une causerie sur les buts et les modalités de l'enquête a été faite au cours d'une réunion d'assistantes.

- (3) Dépouillement des fichiers des administrations et organismes publics, semi-publics et privés, susceptibles de constituer des sources de renseignements valables. Une liste exhaustive de ces sources de renseignements a pu être ainsi établie :

SOURCES DE RENSEIGNEMENTS

Autorités locales

- Maires,
- Instituteurs,
- Secrétaires de Mairie
- Curés, Pasteurs, etc...
- Facteurs (en milieu rural).

Pour nous résumer, il a été procédé :

a) à un recensement indirect sur pièces.

Ce travail a été poursuivi en utilisant les moyens ci-après :

- (1) Toujours en ce qui concerne les communes rurales, envoi de lettres circulaires aux Maires, Instituteurs, Curés et également aux responsables locaux de la ligue féminine d'Action Catholique.
- (2) Envoi de lettres circulaires aux Assistantes Sociales de secteur pour l'ensemble du département.

Pour faciliter les recherches et les réponses, l'enquêteuse a préalablement noté à l'intention des assistantes le relevé des infirmes déjà connus et signalés dans leurs secteurs respectifs. Un commentaire détaillé accompagnait ces demandes, qui ont donné lieu à de nombreux rappels. Une causerie sur les buts et les modalités de l'enquête a été faite au cours d'une réunion d'assistantes.

- (3) Dépouillement des fichiers des administrations et organismes publics, semi-publics et privés, susceptibles de constituer des sources de renseignements valables. Une liste exhaustive de ces sources de renseignements a pu être ainsi établie :

SOURCES DE RENSEIGNEMENTS

Autorités locales

- Maires,
- Instituteurs,
- Secrétaires de Mairie
- Curés, Pasteurs, etc...
- Facteurs (en milieu rural).

Professions médicales et para médicales

(médecins - pharmaciens - dentistes - masseurs kinésithérapeutes - infirmières - sage-femmes, etc...)

Assistances sociales

Services préfectoraux

- Direction départementale de la Santé
(déclaration obligatoire des maladies contagieuses, P.M.I. : consultations de nourrissons, crèches, pouponnières, maisons d'enfants à caractère sanitaire, aérium, préventorium, dispensaires, etc...)
- Direction départementale de la Population (pupilles)
- Inspection Académique
(Services d'hygiène scolaire -
Services d'orientation professionnelle)
- Division préfectorale de l'Aide Sociale
(Infirmités, aveugles, tuberculeux, malades mentaux, commission départementale d'orientation des infirmes, etc...)
- Office départemental des Anciens Combattants et victimes de la guerre.
- Archives des Conseils de Révision.

Organismes de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

- Régime général, régime agricole, régimes particuliers
- Caisses primaires et Caisses régionales.

Organismes mutualistes

Compagnie d'assurances privées

Services hospitaliers publics

(Maternité - Médecine Infantile - Chirurgie infantile -
orthopédie - maladies contagieuses - rhumatologie -
consultations externes, etc...)

Cliniques privées

Etablissements de cure (sanatorium, ect...)

Etablissements de rééducation

Hospices

Hôpitaux psychiatriques

Services de Médecine du Travail

- (Inspection médicale du travail - Médecine d'usines,
groupements interentreprises
Commissions de classement des diminués physiques et
de la main-d'oeuvre)

Associations diverses et oeuvres privées

- (Association des paralysés de France
Associations professionnelles
Associations familiales
Associations rurales
Ligues féminines d'action catholique,
Croix Rouge, etc...)

Organisations syndicales

On comprend que l'exploitation des nombreux fichiers auxquels l'assistante sociale a pu avoir accès a représenté un travail considérable de dépouillement et de recoupements. L'expérience a montré d'ailleurs qu'il était indispensable que cette exploitation fut effectuée par l'enquêtrice elle-même.

Il a été procédé ensuite :

- b) à un recensement direct avec visites de contrôles dans les communes.

Il s'agissait pour l'enquêtrice de prendre contact dans les communes, avec les destinataires des lettres circulaires, pour préciser, contrôler, compléter et recouper les renseignements déjà transmis.

Un essai dut d'abord tenté dans deux cantons où, dans chaque commune, l'assistante sociale chargée de l'enquête a rendu personnellement visite aux instituteurs, secrétaires de Mairies et, le cas échéant, aux maires et aux curés. Les résultats furent les suivants :

Canton de Villers Cotteret

Nombre de communes	20
nombre d'habitants	5 500
nombre d'infirmes déjà signalés	17
Cas nouveaux détectés	11
Total d'I.M.	28

Canton d'Oulchy le Château

Nombre de communes	27
nombre d'habitants	6 500
nombre d'infirmes déjà signalés	30
Cas nouveaux détectés	11

Cas supprimés	13
Total d'I.M. retenus	28

Les radiations ont été prononcées :

- parce que l'infirme avait quitté la commune,
- parce qu'il n'était pas un I.M.
- parce que l'infirmité était survenue après 15 ans.

Les inscriptions nouvelles ont été prononcées :

- parce que les destinataires des lettres circulaires avaient négligé certains cas,
- parce que de nouveaux infirmes ont été signalés depuis leur réponse,
- parce que des cas "incertains" sont devenus positifs.

Les résultats obtenus dans ces deux cantons ont montré combien cette méthode était fructueuse. Mais cette prospection directe et ce contrôle subjectif demandant un temps considérable, il ne pouvait être question de l'appliquer à l'ensemble du département.

Aussi a-t-on décidé de limiter l'enquête statistique générale à la tranche de 105 000 habitants correspondant à l'arrondissement de Soissons et à quelques cantons limitrophes, avec une seule agglomération urbaine importante :

Soissons : 21 000 habitants.

B - L'ENQUETE SUR QUESTIONNAIRE OU MONOGRAPHIQUE

a débuté par une étude en profondeur de cinquante cas, qui a permis de tester et de modifier à plusieurs reprises le modèle de questionnaire élaboré par les groupes de travail du C.I.E.

50 enquêtes en profondeur, comportant visites au domicile de l'infirmes lui même et collationnement de tous les renseignements médicaux disponibles, ont été effectuées dans deux secteurs de services sociaux de l'Association médico-sociale Anne Morgan, - un secteur urbain de la ville de Soissons d'une part, et quelques communes rurales du canton de Soissons d'autre part.

D'autre part, 81 lettres furent adressées aux médecins-traitants et aux services hospitaliers, pour demander la nature et l'origine de l'infirmité, les traitements suivis, le pronostic. Essai encourageant bien que certains médecins de ville ou de petits centres hospitaliers, malheureusement dépourvus de fichiers ou d'archives, n'aient pu répondre.

L'étude de ces 50 premiers questionnaires ne pouvait évidemment pas donner des renseignements d'ordre statistique valables pour l'ensemble des infirmes du département.

On n'en attendait simplement que des indications permettant de définir les limites de l'enquête, le praticable et l'impraticable, et de mettre au point le questionnaire, instrument de base de l'enquête qui est alors étendue à l'arrondissement d. Soissons et aux 4 cantons voisins.

CHAPITRE I I I

LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été conçu avec l'ambition de répondre au maximum possible de questions concernant les infirmes.

I - LE PROJET ORIGINEL

répondait aux préoccupations d'un large groupe de travail comprenant des représentants d'organismes et associations intéressées au problème.

Comportant alors six pages, il s'est pratiquement montré mal commode à l'usage pour des raisons d'ordre pratique et psychologique. Il était, en effet, malaisé de s'y référer dans les milieux simples au cours des visites aux familles que cette mise en scène indispose et paralyse.

Il a donc été remanié et simplifié.

II - LE QUESTIONNAIRE DEFINITIF

issu des tâtonnements successifs, des difficultés rencontrées et des suggestions faites par l'enquêtrice, les médecins, les assistantes sociales, etc... n'a été imprimé et diffusé qu'en mai 1956. Tel qu'il a été employé pour l'enquête d'ensemble et tel qu'il figure ci-après, il s'agit encore d'un document qui réclame d'autres modifications pour rendre son emploi plus facile.

Mais seul, le dépouillement de l'enquête complète a pu faire apparaître la nécessité de ces nouvelles modifications qui ne sont d'ailleurs que des améliorations de détail.

Il se présente avec une double page relative à l'infirmes et un feuillet additionnel intercalaire réservé à l'enquêteuse et comporte quatre parties :

(1) Renseignements généraux sur l'infirmes (2 pages simples)

- Etat civil,
- Domicile,
- Scolarité,
- Profession,
- Loisirs,
- Famille (ascendants, collatéraux, descendants)
- Niveau de vie et ressources.

(2) Renseignements sur l'infirmité (une page et demie)

- Diagnostic,
- Circonstances d'apparition de l'infirmité,
- Type de l'infirmité,
- Traitements,
- Bilan fonctionnel élémentaire

C'est la partie médicale de l'enquête, sur les modalités de laquelle nous reviendrons plus loin, en insistant sur l'importance du bilan fonctionnel élémentaire qui permet d'apprécier de façon très simple grâce à un système de notation de 1 à 3 appliqué aux gestes de la vie courante le degré d'atteinte fonctionnelle des membres et la gêne apportée par l'infirmité pour la vie courante (degré de dépendance).

(3) Renseignements psychologiques et biographiques

Cette troisième partie groupe, par suite de l'élément de subjectivité qu'ils renferment, les renseignements relatifs aux aptitudes de l'infirmes, son niveau mental, à son comportement social notamment son adaptation au milieu familial, et à ses aspirations.

Cette partie du questionnaire n'a de valeur que pour des résultats très grossiers. Elle aurait pris tout son intérêt si chaque infirmes avait été étudié par un psychologue, ce qui n'a pas été possible.

(4) Feuillelet additionnel réservé à l'enquêteuse

permet aux assistantes sociales et au médecin-conseil de formuler en toute liberté et dans un cadre moins rigide des opinions complémentaires.

Elle donne l'origine des renseignements, c'est à dire la ou les sources de l'information ;

l'appréciation de l'enquêteuse et du médecin-conseil de l'enquête sur le point de savoir si le maximum a, ou non, été fait (compte tenu, évidemment, des moyens dont on disposait aux différentes périodes considérées) et

indique, dans la négative, les mesures souhaitables qui auraient pu améliorer le sort de l'infirmes et qui n'ont pas été prises.

C'est donc une opinion strictement personnelle et subjective sur chaque enquête. La tendance générale peut selon chaque secteur être plus ou moins optimiste. Mais il était intéressant qu'à l'issue de l'étude de chaque cas le médecin et l'enquêteuse, connaissant tous les détails, apportent, à côté des renseignements statistiques, une conclusion humaine.

ENQUÊTE SUR L'AVENIR DES ENFANTS ATTEINTS D'INFIRMITÉS MOTRICES

DATE DE
L'ENQUÊTE

I - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A - SUR L'INFIRME

1. Sexe	Masculin ☐ Féminin ☐	4. Domicile	Situation	Ville ☐ Village ☐	Banlieue ☐ Hameau ☐	Bourg ☐ Isolé ☐
2. Date de naissance :			Commune :	Rurale ☐ Nombre d'habitants :	Semi Rurale ☐	Urbaine ☐
3. Nationalité :						
5. Renseignements scolaires : L'infirme a-t-il bénéficié d'une instruction scolaire ? oui ☐ non ☐ sr (1) ☐						

Ecoles fréquentées : (2)		ou sr ☐	Age au début :	ou sr ☐
Scolarité	Terminée ☐ En cours ☐	Age à la fin Age actuel	ou sr ☐ ou sr ☐	Classe à la fin Classe actuelle
Diplômes ou certificats		oui ☐ non ☐ sr ☐	Si oui, lesquels ?	
Sait-il couramment :		lire	oui ☐ non ☐ sr ☐	écrire
			oui ☐ non ☐ sr ☐	compter
			oui ☐ non ☐ sr ☐	

Causes d'une instruction défectueuse ou nulle :

6. Renseignements Professionnels

Profession ou Situation	Actuelle	ou sr ☐	Antérieures	ou sr ☐
Rendement	Qualité : Bon ☐ Horaire : Temps plein ☐	Médiocre ☐ Mi-temps ☐	Insuffisant ☐ Irrégulier ☐	sr ☐ sr ☐
Orientation Professionnelle	oui ☐ non ☐ Si oui } sr ☐	A quel âge Par quel organisme Suite donnée à l'examen		sr ☐ sr ☐ sr ☐
Enseignement Professionnel	oui ☐ non ☐ Si oui } sr ☐	Lequel ? Diplômes ou certificats obtenus		sr ☐ sr ☐
Apprentissage	oui ☐ non ☐ Si oui } sr ☐	Artisanal ☐ Lequel En usine ☐ Lequel Autre ☐ Lequel		avec contrat oui ☐ non ☐ sr ☐

7. Renseignements sur les loisirs

Sports	oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, lesquels ?	organisé ☐ Individuel ☐
Cinéma	oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, fréquence moyenne	ciné-club ☐ individuel ☐
Lecture	oui ☐ non ☐ sr ☐ journaux ☐ revues ☐ livres ☐ Exemples	bibliothèque ☐ Individuel ☐
T S F	oui ☐ non ☐ sr ☐	organisé ☐ Individuel ☐
Télévision	oui ☐ non ☐ sr ☐	télé-club ☐ Individuel ☐
Petits travaux	oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, lesquels ?	organisé ☐ Individuel ☐
Association	oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, lesquelles ?	

(1) sr : sans renseignements.

(2) Exemples : primaire, secondaire, cours complémentaire, écoles spécialisées, classe de perfectionnement, centres pour infirmes moteurs, internats médico-pédagogiques, cours à domicile, cours par correspondance.

	DATE DE NAISSANCE	NATIO- NALITÉ	PROFESSION OU SITUATION	CONSANGUINITÉ
MÈRE	sr ☐	sr ☐	sr ☐	oui ☐ non ☐ sr ☐
PÈRE	sr ☐	sr ☐	sr ☐	si oui, degré (1)

Frères et sœurs : Nombre total (vivants et décédés) ou sr ☐

	VIVANTS	DÉCÉDÉS	Causes de décès	sr ☐
Normaux				
Infirmes			Nature des Infirmités	sr ☐

10 Rang de l'infirm(e) dans la Fratrie (2) :

11. Avec qui vit l'infirm(e) :
- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 Parents réunis | ☐ | 6 Marié ou maritalement | ☐ |
| 2 Père ou mère seul | ☐ | 7 En institution | ☐ |
| 3 Père ou mère + conjoint | ☐ | 8 Sans renseignement | ☐ |
| 4 Milieu familial de substitution | ☐ | 9 Autre (préciser) | ☐ |
| 5 Seul | ☐ | | |

12. A-t-il changé de milieu familial ?

- oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui
- Pourquoi
- Combien de fois
- A quels âges

13. L'infirm(e) a-t-il lui-même des enfants : oui ☐ non ☐ sr ☐ si oui, combien

	VIVANTS	DÉCÉDÉS	Causes de décès	sr ☐
Normaux				
Infirmes			Nature des Infirmités	sr ☐

C - SUR LE NIVEAU DE VIE

14. Habitat
- Nombre de pièces sr ☐
- Eau courante oui ☐ non ☐ sr ☐
- Nombre d'occupants sr ☐
- Salles d'eau oui ☐ non ☐ sr ☐
15. Etat de l'Habitat : correct ☐ médiocre ☐ taudis ☐ sr ☐
16. Ressources actuelles de l'infirm(e) et de son foyer

	SALAIRE	ALLOCATIONS FAMILIALES	FONDS D'ASSISTANCE	RETRAITE OU PENSION D'INV.	AUTRES : lesquelles
DE LA FAMILLE	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	
DE L'INFIRME	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	oui ☐ non ☐ sans renseign ¹ ☐	

Ressources suffisantes : ☐ médiocres : ☐ insuffisantes : ☐

Autres Commentaires :

Cousins germains, cousins issus de germains, autres...
Exemples : (F - G - G - F - G) en soulignant l'infirm(e) Fille = F Garçon = G

II - RENSEIGNEMENTS SUR L'INFIRMITÉ

17 - Diagnostic : Maladie

congénitale	☐
acquise	☐
sr	☐

APPARITION DE L'INFIRMITÉ

18. L'infirmité a-t-elle été notée à la naissance ? oui ☐ non ☐ sr ☐

19. La naissance a-t-elle été difficile ? oui ☐ non ☐ sr ☐

20. Si l'infirmité a été notée après la naissance :

- à quel âge ? ou sr ☐

d'une maladie	oui ☐	non ☐	sr ☐	Laquelle ?
---------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------

d'un traumatisme	oui ☐	non ☐	sr ☐	Lequel ?
------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------

spontanément	oui ☐	non ☐	sr ☐	
--------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--

TYPE DE L'INFIRMITÉ

21. Maladie neurologique : oui ☐ non ☐ sr ☐ - Si oui, avec contracture ? oui ☐ non ☐ sr ☐

22. Maladie musculaire : oui ☐ non ☐ sr ☐

23. Maladie ostéo-articulaire acquise : oui ☐ non ☐ sr ☐

Par traumatisme ☐ Par tuberculose ☐ Par infect. aiguë ☐ Autre cause ☐ Laquelle ?

24. Malformation : oui ☐ non ☐ sr ☐

25. Infirmité sensorielle associée : oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, laquelle ?

Tr. sphinctériens :	oui ☐	non ☐	sr ☐
---------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Crises convulsives :	oui ☐	non ☐	sr ☐
----------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

26. Autres atteintes

Anomalies intellectuelles :	oui ☐	non ☐	sr ☐
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Autres :	oui ☐	non ☐	sr ☐	Lesquelles ?
----------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------

TRAITEMENTS SUBIS

27. L'infirmité a-t-elle été traitée ? oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui :

28. Traitement médical : oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui préciser dates, lieux (1), nature des traitements :

29. Traitement chirurgical et orthopédique : oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, préciser de même que ci-dessus :

30. Rééducation : oui ☐ non ☐ sr ☐ Si oui, préciser de même que ci-dessus :

31. Autres traitements : oui ☐ non ☐ sr ☐ Lesquels ?

1) Lieu : par exemple : à domicile, centre de traitement ou autre. Préciser au maximum l'adresse du centre (et le service s'il s'agit d'un grand hôpital).

32. L'infirmité atteint : Le membre supérieur | Droit ☐ Gauche ☐ Le membre inférieur | Droit ☐ Gauche ☐ Le Tronc ☐

33. L'infirme se sert-il d'un appareil ? oui ☐ non ☐ sr ☐ Lequel ?

34. Dépendance : L'infirme peut-il ?

Manger seul ? non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	TOTAL (1)
S'habiller seul ? non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	
Marcher seul ? non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	

Conclusion : Dépendance : Complète (3 ou 4) ☐ Partielle (5 ou 6) ☐ Légère ou indépend. (7,8,9) ☐

35. Fonction des Membres - L'infirme peut-il ?

a) Membre Sup ^r Droit	Se coiffer	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	TOTAL MSD (1)
	Boutonner	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	
	Porter un poids	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	
b) Membre Sup ^r Gauche	Se coiffer	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	TOTAL MSG (1)
	Boutonner	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	
	Porter un poids	non ☐ = 1	Difficil ¹ ☐ = 2	Normal ¹ ☐ = 3	

c) Membres inférieurs (ici la fonction est appréciée globalement pour les deux côtés)

— Peut-il monter un trottoir ? non ☐ = 1 Difficil¹ ☐ = 2 Normal¹ ☐ = 3 TOTAL M.I. (1)

— Distance parcourue (2) Ne sort pas ☐ = 1 Moins d'1 km ☐ = 2 Plus d'1 km ☐ = 3

— Parcours en 1/2 heure (2) Moins d'1 km ☐ = 1 Environ 1 km ☐ = 2 Plus d'1 km ☐ = 3

d) Conclusion :

Atteinte	Grave (3 ou 4)	Moyenne (5 ou 6)	Légère (7, 8 ou 9)
M.S.D.	☐	☐	☐
M.S.G.	☐	☐	☐
M.I.	☐	☐	☐

e) Commentaires

III - RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET BIOGRAPHIQUES

36. Niveau mental : A-t-il été apprécié : oui ☐ non ☐ sr ☐ si oui

Par qui ? Date Résultats :

37. Adaptation au milieu familial : L'infirme :

— est-il particulièrement attaché à un membre de sa famille ? oui ☐ non ☐ sr ☐

Si oui, lequel ?

— a-t-il des responsabilités particulières dans sa famille ? oui ☐ non ☐ sr ☐

Si oui, lesquelles ?

38. Attitude de sa famille à l'égard de l'infirme :

sr ☐

39. Quelles études aurait-il voulu ou voudrait-il faire ?

sr ☐

40. Quels métiers aurait-il voulu ou voudrait-il exercer ?

sr ☐

NOTES : (1) Inscrire dans le cadre le total des points des trois réponses correspondantes.
(2) Non pas à titre de performance exceptionnelle, mais de façon assez courante.

Date de l'enquête:

1. Dossiers administratifs ☐

2. Services Sociaux ☐

3. Personnalités locales ☐

4. Autres ☐

Valeur des
renseignements

1. Douteux ☐

2. Insuffisants

3. Surs ☐

Enquêteur	Nom
	Qualité

Médecin :

— Dans l'état actuel des moyens médicaux et sociaux de réadaptation, vous semble-t-il que le maximum ait été fait ou soit fait en vue de la réinsertion sociale de l'infirmes :

oui : ☐

non : ☐

— Dans la négative, quelles mesures auraient le plus contribué (ou pourraient contribuer) à la réadaptation ou à l'adaptation de l'infirm(e) :

traitement médical ☐

réadaptation fonctionnelle ☐meilleure scolarité ☐

mesures professionnelles

orientation ☐Formation ☐

emploi ☐

aide financière ou sociale ☐

Autres commentaires :

III - POUR L'UTILISATION DE CE QUESTIONNAIRE

Il faut admettre un principe absolu (mis à part certains cas très particuliers) :

L'enquête, en profondeur, avec visites au domicile de l'infirmes lui même et inscription du maximum de renseignements sur le questionnaire, ne peut être effectuée (l'expérience l'a démontré) que par les assistantes sociales du secteur qui ont déjà leurs entrées dans les familles. Ainsi se présentent les rôles :

- 1) A l'assistante chargée de l'enquête, il appartient de préparer les questionnaires et d'y noter tous les renseignements qu'elle a pu tirer de son recensement général.
- 2) A l'assistante sociale familiale, il appartient de compléter les questionnaires après visite de l'infirmes dans son milieu.
- 3) Enfin le médecin consultant, en collaboration avec l'assistante sociale chargée de l'enquête, est chargé de la révision ou de la correction des questionnaires précédemment remplis. Ceci concerne particulièrement la partie médicale de l'enquête.

Partie médicale de l'enquête

Rappelons que, contrairement à ce qui avait été convenu au départ, il n'était pas possible de faire examiner par un médecin tous les infirmes recensés. Cet examen médical a été réservé à un certain nombre de cas particuliers. Pour essayer de tourner cette difficulté, deux moyens se présentaient :

- 1) Réserver la rédaction définitive d'un questionnaire médical précis à un médecin qui serait ainsi amené à juger sur pièces chaque cas, avec bien entendu toutes les causes d'incertitude ou d'erreur que comporte une telle méthode.

L'intervention du médecin à ce stade permettrait cependant de redresser quelques erreurs et de juger au moins les cas extrêmes.

- 2) Améliorer la qualité des renseignements médicaux pour aider le médecin à résoudre au mieux chaque cas :

- a) en recherchant des renseignements médicaux complémentaires.
Les renseignements médicaux, fournis par la famille, peuvent être insuffisants ou erronés. Or, l'infirmier a pu être en traitement, auprès d'un médecin de famille, d'un spécialiste, dans une clinique ou un centre hospitalier, dans un centre de rééducation. Il y a là une source importante de renseignements complémentaires pour un diagnostic plus précis et l'expérience de l'enquête pilote a prouvé qu'on peut y avoir recours avec succès.

Le cas échéant, l'enquêteuse et le médecin directeur de l'enquête peuvent donc avoir besoin de se renseigner à ces sources et il est indispensable de connaître avec le maximum de précision le lieu, la date, les circonstances qui aideront à retrouver les renseignements.

Il est facile de procéder de manière telle que ces recherches n'entraînent aucune violation de secret professionnel : le médecin directeur donnera toute aide à l'enquêteuse dans cet esprit.

En outre, signalons que cette pratique a souvent permis aux enquêteuses de rétablir une liaison (rompue par incompréhension, malentendu ou négligence) entre les services médicaux et l'infirmier pour le plus grand bénéfice de celui-ci.

- b) en fournissant à l'enquêteuse un questionnaire objectif. Il faut, en effet, éviter de demander à l'assistante sociale qui verra l'infirmier son appréciation personnelle sur l'état médical

du sujet. Sa formation ne le lui permet pas et l'on introduit ainsi un facteur de jugement personnel qui risque de tout fausser.

Par exemple, le classement en infirmités légères, moyennes ou graves doit être repoussé. On en vint ainsi à l'établissement d'une sorte de code comprenant deux parties :

- d'une part, une série de tests fonctionnels fondés sur l'exécution ou la non-exécution de certains mouvements élémentaires, mais caractéristiques de l'atteinte fonctionnelle plus ou moins grave des différents membres et du tronc.
- d'autre part, un jugement de la gravité de l'infirmité en fonction des résultats des tests précédents.

IV - LE BILAN FONCTIONNEL ELEMENTAIRE

s'établit comme suit :

- localisation anatomique de l'atteinte à l'un des membres ou au tronc ou atteintes multiples ;
- utilisation d'un ~~appare~~il ou non ;
- ensuite vient l'appréciation :

1) de la dépendance,

2) de l'atteinte fonctionnelle des membres,

par des tests simples qui ont été proposés et mis au point par le Dr Paul MASSE et qui constituent une méthode chiffrée de l'appréciation de la fonction globale chez les infirmes moteurs.

Une notation de 1 à 3 est appliquée à ces tests, choisis parmi les gestes de la vie courante, selon que le geste noté n'est pas effectué du tout, ou effectué difficilement ou effectué normalement.

Le total des points obtenus permet de conclure :

- 1) à une dépendance complète, partielle, légère ou inexistante.
- 2) à une atteinte fonctionnelle grave, moyenne ou légère.

(1) Etude de la dépendance

L'infirmes peut-il ?			
Manger seul ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
S'habiller seul ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
Marcher seul ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
Total ☐			

Raisons du choix des épreuves (dans l'ordre) :

- usage des membres supérieurs,
- usage simultané des membres supérieurs, du tronc, des membres inférieurs,
- usage des membres inférieurs.

(2) Etude de la fonction

Membre supérieur			
L'infirmes peut-il ?			
se coiffer ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
boutonner ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
porter un poids ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
Total ☐			

Raisons du choix des épreuves :

- mobilité de l'épaule et du coude
- mobilité des doigts
- force globale du membre (le poids varie, selon l'âge du sujet, autour de 1 kg).

On étudie séparément le M.S.D. et le M.S.G.

Membre inférieur			
L'infirmes peut-il ?			
monter un trottoir ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
distance parcourue ?	non ☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
parcours en 1/2 h. ?	☐ = 1	difficilement ☐ = 2	normalement ☐ = 3
Total ☐			

Raisons du choix des épreuves :

- mobilité force et équilibre,
- endurance,
- vitesse.

Ici, la fonction ne peut être étudiée que globalement pour les deux côtés à la fois. Dès lors, pour la conclusion, deux éventualités :

- si l'infirmité porte sur les deux membres inférieurs, on reporte pour chacun des deux l'atteinte (grave, moyenne ou légère) que le bilan fonctionnel a permis d'établir.
- si l'infirmité porte sur un seul membre inférieur, on reporte sur celui-ci seulement l'atteinte de la motricité à laquelle on a conclu.

Le bilan fonctionnel élémentaire a ainsi été étudié d'une manière très simple et très heureuse par ce système qui a donné entière satisfaction. D'un secteur à l'autre, en effet, les appréciations ont été homogènes et leur valeur a pu être vérifiée pour les sujets soumis également à un examen médical. Ces tests ont en outre l'avantage de donner des résultats chiffrés, facilitant ainsi leur transcription sur fiche perforée.

Une réserve cependant doit être faite :

Il a été nécessaire de le corriger pour les enfants de moins de six ans. Au-dessous de 6 ans, les questions peuvent être absurdes ou donner de médiocres résultats dus à l'âge de l'enfant plus qu'à son infirmité.

Pour ces enfants qui étaient "testés" sans tenir compte de leur âge, la note obtenue au total était immédiatement suivie de l'âge pour avertir de la valeur toute relative du test au moment du dépouillement et la conclusion était obtenue, non plus par le report simple de la note, mais par l'appréciation, évidemment subjective de l'enquêtrice par comparaison avec l'enfant normal du même âge. C'est ainsi que, par "dépendance légère" ou "indépendance", dans cette conclusion, il fallait entendre le degré de dépendance normal pour l'âge de l'enfant. Par "dépendance partielle" entendre une dépendance modérément supérieure à la normale. Par "dépendance complète" une dépendance considérablement supérieure à la normale.

Exemple : un enfant, actuellement âgé de deux ans, a eu une poliomyélite discrète des membres supérieur et inférieur gauches.

Dépendance : l'infirmes peut-il ?

manger seul ?	non $\boxed{x}$ = 1	difficilement $\boxed{}$ = 2	normalement $\boxed{}$ = 3
s'habiller seul ?	non $\boxed{x}$ = 1	difficilement $\boxed{}$ = 2	normalement $\boxed{}$ = 3
marcher ?	non $\boxed{}$ = 1	difficilement $\boxed{x}$ = 2	normalement $\boxed{}$ = 3

Le total obtenu $\boxed{4}$ 2 ans.

Conclusion : dépendance partielle.

Fonction des membres : aux questions, l'infirmes peut-il ?

se coiffer,
se boutonner,
porter un poids,
peut-il monter un trottoir,
distance parcourue habituellement,
parcours en 1/2 heure,

l'enfant aura inévitablement 1 à toutes ces questions et on aura les totaux suivants :

M.D.S.	Total	<u>3</u>	2 ans
M.S.G.	Total	<u>3</u>	2 ans
M.I.	Total	<u>3</u>	2 ans

La conclusion est cependant une atteinte légère des 2 membres gauches, la note obtenue résultant plus de l'âge de l'enfant que de son infirmité.

Malgré tout, l'établissement de cette conclusion s'est souvent heurté à des difficultés d'interprétation de la dépendance normale des enfants de moins de 6 ans, et, en définitive, les corrélations statistiques n'ont été établies que pour les sujets ayant atteint ou dépassé cet âge.

D'autre part, il n'a été prévu qu'un cas intermédiaire à l'exercice normal ou impossible d'une fonction. Cette rubrique "difficilement" réunit en fait des degrés très variables de difficultés et l'on peut se demander s'il n'aurait pas été plus exact de la couper en deux cas, difficulté légère ou difficulté profonde.

Il est apparu aussi que l'atteinte d'une zone anatomique du corps pouvait très bien retentir sur la fonction d'autres secteurs et notamment les atteintes du tronc perturbent constamment les fonctions des membres inférieurs ou supérieurs.

Enfin, il faut noter que cette étude du bilan fonctionnel ne permet pas de discerner l'infirmité grave en soi de l'infirmité socialement grave. C'est ainsi, par exemple, qu'un amputé du pouce et de l'index droits pose des problèmes de réintégration sociale sans rapport avec la gravité physique de l'infirmité. Mais "ceci est une autre histoire"...

N.B. (1) Une infirmité assez sévère sur le plan anatomique peut n'entraîner qu'une restriction fonctionnelle discrète, soit grâce à la rééducation, soit grâce à l'appareillage.

D'autre part, lors du contrôle de l'enquête, une infirmité bien réelle pourrait sembler douteuse parce que les fonctions testées restent quasi normales.

- (2) Sur l'examen médical des infirmes recensés, le questionnaire de l'enquête rempli par l'assistante sociale qui a vu le malade permet, en général, au médecin de faire le diagnostic sans examiner le malade. Si le médecin attaché à l'enquête a besoin de renseignements complémentaires, il doit se mettre en rapport avec les hôpitaux et les médecins traitants. S'il juge nécessaire d'examiner certains malades dont le cas semble douteux, il pourra les convoquer en ménageant toutes les susceptibilités.

- (3) Cas des sujets présentant deux infirmités :

Si ces deux infirmités sont dues à la même cause et sont survenues en même temps (par exemple : accident de la circulation), elles ne sont pas dissociées et sont étudiées globalement. Si elles sont survenues à des dates différentes et pour des causes différentes : il est recommandé de procéder de la façon suivante :

Dans le questionnaire, page 3 : inscrire une des infirmités, et à la remarque "autres atteintes" mentionner la deuxième infirmité. Prendre ensuite une autre page 3, faire en détail le diagnostic de la seconde infirmité en rappelant à la remarque : autres atteintes, la première infirmité. Enfin, page 4, enquête fonctionnelle : porter à la fois les deux infirmités.

- (4) les maladies en évolution : en ce qui concerne les ostréopathies diverses en cours de traitement et dont les séquelles ne peuvent encore être appréciées, il faut laisser les dossiers en attente. Peut-être le bilan pourra-t-il être fait avant la fin de l'enquête.

Enfin, un petit cahier, "conseils aux enquêteurs" remis à chaque assistante sociale participant à l'enquête sur le terrain, apportait dans le détail les réponses aux différentes questions que les enquêteuses sont amenées à se poser lors de la rédaction du questionnaire. Il était d'ailleurs facile, si quelque difficulté non prévue se présentait,

d'en référer à l'assistante sociale principale. Ceci s'ajoutait à un important effort de coordination réalisé, comme nous l'avons déjà exposé, par des contacts entre les responsables des différents secteurs.

[Notons enfin que, pour l'étude de certaines rubriques, notamment celles qui concernent la profession et l'instruction, il aurait été utile de disposer de témoins pris au hasard parmi des sujets du même âge, résidant dans la même région. Il n'a pas été matériellement possible de réaliser cette investigation. Cependant, certaines comparaisons ont pu être établies à l'intérieur de l'enquête en isolant certains groupes (infirmités légères, infirmités survenues tardivement, etc..)]

Ce travail fut effectué dans l'Aisne, de novembre 1954 à novembre 1955. Cette suite d'essais et de tâtonnements se solde par des résultats concrets et objectifs :

- 1/ Elle a conduit à l'élaboration d'un modèle de questionnaire très éloigné du questionnaire primitif, pour l'étude en profondeur de chaque cas détecté.
- 2/ Elle a établi un bilan complet de toutes les sources de renseignements accessibles. Elle a "testé" plusieurs voies différentes et mieux, défini une méthode.

Elle a ainsi défriché le chemin pour les enquêtes à venir dans d'autres départements.

CHAPITRE IV

EXTENSION DE L'ENQUETE

Le moment est venu d'étendre cette investigation à d'autres secteurs avec la collaboration de l'Institut National d'Hygiène et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

La réalisation s'effectue sur les bases et selon les modalités mises au point pour l'enquête pilote de l'Aisne et que nous résumons ainsi :

- (1) Dépistage de tous les infirmes résidant dans un secteur, âgés de moins de 35 ans et dont l'infirmité a débuté avant la 20ème année. Ce dépistage est assuré grâce à la collaboration des services locaux (Services sociaux, organismes de Sécurité Sociale et de Mutualité Agricole, services administratifs, etc..) complété au besoin par les renseignements que peuvent fournir certaines personnalités (Secrétaires de Mairies, Instituteurs, Ecclésiastiques, etc...)

L'assistante sociale engagée et rémunérée pour la durée de l'enquête est chargée, sous le contrôle du médecin directeur départemental de la Santé, de coordonner ces recherches et d'en centraliser les résultats.

- (2) L'étude de chaque cas dépisté au moyen d'un questionnaire.

Celui-ci sera rempli par les assistantes sociales locales, chacune agissant dans le secteur qu'elle connaît et où elle travaille habituellement.

SOURCE DE RENSEIGNEMENTS SELON LE DOMICILE

	VILLE		BANLIEUE		BOURG		VILLAGE		HAMEAU		ISOLE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 DOSSIERS ADMINISTRATIFS	635	43,7	80	26,2	98	31	216	26,8	82	30,5	25	28,7
2 SERVICES SOCIAUX	290	20	70	23	69	21,8	146	18,1	59	21,9	19	21,8
3 PERSONNALITES LOCALES	92	6,3	20	6,6	46	14,4	191	23,7	45	16,7	17,*	19,5
AUTRES	204	14	53	19	14	4,6	26	2,5	7	2,6	1	1,2
1 + 2	137	9,5	54	17,6	16	5,1	44	5,5	16	5,9		
1 + 3	40	2,7	9	3	35	11,1	82	10,2	33	12,3		
2 + 3	31	2,1	11	3,6	29	9,2	84	10,4	22	8,2	25 -	28,7
1 + 2 + 3	24	1,7	3	1,-	9	2,8	23	2,8	5	1,9		

T A B L E A U I

Les questionnaires sont corrigés par l'assistante sociale responsable de l'enquête et classés avec la collaboration d'un pédiatre local.

Le recrutement de l'assistante sociale de l'enquête est assuré par les soins du médecin directeur départemental de la Santé. Il en est de même pour le pédiatre, en accord avec le Centre International de l'Enfance et l'Institut National d'Hygiène.

Un stage de 8 à 15 jours à Soissons est prévu pour l'assistante sociale responsable de l'enquête, afin de mettre au point les techniques d'investigation.

Enfin, se pose le problème du :

CHOIX DU SECTEUR

Ce choix est une conséquence de la méthode adoptée pour l'enquête. En effet, étant donné l'importance et la complexité des renseignements que l'on voulait obtenir, il était impossible d'étendre l'enquête à toute la France. Il fallait se résoudre à n'explorer qu'un petit nombre de secteurs.

Les règles de l'échantillonnage statistique appliquées à ce choix auraient permis d'espérer des résultats valables pour l'ensemble de la France. On pouvait ainsi étudier les infirmes de familles tirées au sort au sein de secteurs géographiques limités, eux-mêmes préalablement tirés au sort.

Mais ici nous butons sur une limite d'importance : les possibilités pratiques d'organisation d'enquête. En effet, "il n'était pas possible de constituer des équipes mobiles d'enquêteuses, ni surtout d'être assuré d'une bonne compréhension locale du rôle de ces équipes, sans laquelle leur travail eut été pratiquement voué

à l'échec. Il était donc nécessaire de recourir à des équipes locales, connaissant bien la région et possédant déjà la confiance de leurs habitants.

Dès lors, le problème n'est plus celui d'un échantillonnage, mais celui de recruter des équipes compétentes et efficaces." (Alison).

Ainsi ont été choisis par le groupe de travail quatre districts répondant aux deux conditions suivantes :

- ayant des structures démographiques et sanitaires aussi variées que possible ;
- possédant un service social suffisamment charpenté pour que l'enquête puisse être réalisée.

LES ZONES EXPLORÉES

Ainsi, ont été sélectionnés les secteurs suivants :

(1) dans le département du Loiret :

la ville d'Orléans et sa banlieue, soit 102 407 habitants.

(2) dans la Meurthe et Moselle :

la ville de Nancy et sa banlieue, soit 170 967 habitants.

(3) dans la Seine maritime :

dix cantons côtiers, zones d'agriculture et de pêche, à population dispersée s'étendant d'Etretat au Tréport, avec 148 463 habitants, dont 26 000 à Dieppe et 18 000 à Fécamp, toutes deux villes de moyenne importance, les seules de ce secteur.

TABLEAU II



TABLEAU III

DOMICILE - SITUATION

	AISNE		LOIRET		M. et M.		SEINE MARITIME		HAUTE - VIENNE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VILLE	138	27,7	258	70,4	306	71,3	238	34,7	327	41,1	1467	45,-
BANLIÈUE	13	2,6	101	27,5	120	28,-	22	3,2	50	3,9	306	9,4
BOURG	58	11,6	2	0,5	0	-	81	11,9	177	13,8	318	9,8
VILLAGE	272	54,4	2	0,5	0	-	236	34,4	300	23,4	810	24,8
HAMEAU	14	2,8	3	0,8	0	-	73	10,6	183	14,3	273	8,4
ISOLÉ	5	1,-	1	0,4	2	0,5	35	5,2	45	3,5	88	2,7

- (4) enfin la totalité du département de la Haute-Vienne, soit 324 429 habitants, dont une grande agglomération urbaine, Limoges et sa banlieue, soit 106 000 habitants, plusieurs petits centres industriels (St Léonard, St Junien, St Yrieix, etc...) et une importante zone rurale de petite culture, à population dispersée, avec de nombreux hameaux et fermes isolées.

Le tableau : domicile - situation illustre la variété de ces secteurs. Celle-ci ne suffit pas cependant pour que ces cinq zones (avec l'Aisne) représentent un échantillon parfaitement exact de la totalité de la France sous l'angle de la statistique rigoureuse.

DIFFICULTES RENCONTREES

Le travail d'enquête s'est heurté à des difficultés qui varient un peu selon les secteurs. En voici quelques exemples :

Dans le Loiret :

Un nombre important de documents a été compulsé :

14 500 fiches médicales d'hygiène scolaire,
18 000 procès verbaux de Conseils de révision,
3 000 dossiers à l'Office des Anciens Combattants.

601 cas ont été retenus dans ce premier tri, après élimination de cas douteux ou n'entrant pas dans le cadre de l'enquête, restaient 414 cas retenus pour contrôle à domicile.

Dans ce secteur, ont été signalées des difficultés rencontrées dans les autres secteurs également :

- impossibilité d'accéder à certaines archives dont les Administrations responsables refusent communication sous couvert du respect du secret médical ;

- changements d'adresses nombreux qui, s'ils ne gênent pas le recensement théorique primitif, compliquent les enquêtes à domicile ;
- manque de coordination dans les services sociaux.

On souhaiterait par exemple que la communication des dossiers par le Conseil de révision à la Direction départementale de la Santé fasse l'objet d'une décision sur le plan national.

Dans la Meurthe et Moselle :

Le recensement théorique porte sur 788 cas. Après enquête, le chiffre définitif retenu pour Nancy et sa banlieue est de 435 infirmes.

Dans la Seine Maritime :

Le premier dépistage a porté sur 1 172 cas. Le chiffre définitif est de 685 infirmes .

L'enquête s'est heurtée ici à de sérieuses difficultés car le secteur à explorer a une longueur de 110 Kms et sa situation est complètement excentrique par rapport aux centres principaux du département, les trajets sont donc longs, situation aggravée encore par le nombre insuffisant des assistantes sociales dans un certain nombre de cantons étudiés.

Dans la Haute Vienne :

Pour l'ensemble du département, 1 557 cas ont été retenus du premier dépistage, dont 1 081 pour le département et

476 à Limoges (105 000 habitants).

Le chiffre définitif des infirmes est de 1 282.

Dans ce département, on a souligné les difficultés rencontrées auprès de la S.N.C.F. et des P.T.T.

- - - - -

TROISIEME PARTIE

- Quelques Résultats.
- Bilan de l'enquête et autres conséquences.

- - - - -

QUELQUES RESULTATS

Nous ne donnerons ici que quelques résultats globaux fournis par le recensement, les détails de ces résultats étant rassemblés dans une monographie de l'Institut National d'Hygiène.

TOTAL DES INFIRMES ENREGISTRES

L'enquête a redensé, à l'intérieur des cinq secteurs comptant 847 766 habitants 3 272 infirmes moteurs.

Rappelons qu'il s'agit de toutes les infirmités motrices, selon la définition donnée dans le premier chapitre, même les plus bénignes, mais présentant une séquelle appréciable et non pas seulement d'infirmités graves.

Il s'agit en outre d'infirmités survenues avant l'âge de 20 ans, les sujets n'ayant pas plus de 35 ans au moment de l'enquête. "Les infirmes étudiés ici ne représentent donc pas, dans la population explorée, la totalité des infirmes par atteinte motrice. "Ils ne représentent pas non plus les infirmes d'une tranche d'âge particulière (0 à 35 ans), puisque les sujets de cette tranche "d'âge, devenus infirmes entre 20 et 35 ans, n'ont pas été retenus".

Il faut souligner que le nombre d'infirmes, atteints dans ces limites d'âge bien précises, est rapporté à la population globale de la zone explorée, sans distinction d'âge.

NOMBRE DE SUJETS ATTEINTS POUR CHACUN DES DEPARTEMENTS

Le nombre d'infirmes pour 100 000 habitants varie dans des proportions assez considérables d'un secteur à l'autre. (cf tableau IV).

Comme il ne s'agit pas de la totalité des infirmes moteurs de la population étudiée, le taux obtenu n'a pas de valeur spéciale en soi. Ce qui est intéressant et nous force à nous interroger, c'est la variation remarquable, dès la comparaison des différents secteurs :

La proportion la plus importante, dans le secteur de l'Aisne (494), est presque le double que la plus faible (254), dans le secteur de la Meurthe et Moselle. Un pareil écart pourrait peut-être s'expliquer par une différence de répartition de population par tranche d'âge. Mais ce n'est pas le cas, comme le montre le recensement général de la population, fait en 1954. D'après ce recensement, nous savons que les sujets de moins de 25 ans représentent environ 40% de la population, aussi bien pour l'agglomération de Nancy que pour les autres départements étudiés, sauf la Haute Vienne où cette proportion n'est que de 32%.

Nous retenons deux explications qui ne s'excluent pas l'une l'autre :

- 1) le recensement a pu être plus complet dans certains secteurs, tandis qu'une proportion plus forte d'infirmes échappait à l'enquête dans les autres secteurs.
- 2) ensuite, la proportion réelle des infirmes peut être variable selon les secteurs.

NOMBRE DE SUJETS ATTEINTS D'INFIRMITES MORTIFICES
POUR CHACUN DES DEPARTEMENTS

- - - - -

	ALISNE	LOIRET	M. & N.	SEINE MARITIME	HAUTE VIENNE	T O T A L
Infirmes	502	368	435	685	1 282	3 272
Population	101 500	102 407	170 967	148 463	324 429	847 766
Nombre d'infirmités rattachées à une population de 100.000 hab.	494	360	254	462	395	
Sujets de moins de 35 ans au 1er janvier 1955 atteints avant l'âge de 20 ans.						

Nous avons ainsi des secteurs à prédominance rurale et d'autres à prédominance urbaine. On peut les classer selon l'importance de leur population urbaine par exemple et nous aurons, dans un ordre décroissant :

- 1) { Meurthe et Moselle (Nancy et sa banlieue)
 { Loiret (Orléans et sa banlieue)

- 2) Haute Vienne Totalité du Département avec de fortes zones industrielles et urbaines.

- 3) { Seine maritime à prédominance rurale
 { Aisne

D'après le tableau III (domicile - situation), vu plus haut, nous remarquons que la plus forte proportion d'infirmités recensées se trouve dans les secteurs à prédominance rurale. (494 pour l'Aisne et 462 pour la Seine Maritime). Ensuite, vient la Haute Vienne (395), groupant les deux types de zones, puisque explorant tout le département. Enfin, la plus faible proportion se trouve dans le Loiret et la Meurthe et Moselle, zones presque totalement urbaines.

Assurément, nous pouvons conclure que notre enquête a trouvé une plus forte proportion de jeunes sujets atteints d'infirmité motrice dans les régions rurales qu'elle n'en a trouvée dans les villes. Mais peut-on tirer de ces constatations des conclusions valables pour l'ensemble de la France ?

Les zones d'enquête, rappelons-le, n'ayant pas été sélectionnées selon une méthode statistique d'échantillonnage, il est impossible d'établir une moyenne et d'en déduire la proportion d'infirmités pour l'ensemble du territoire français. Nous ne pouvons être assurés par ces chiffres que d'un ordre de grandeur, que l'on

peut espérer, grâce à la diversité des zones choisies, plus généralement représentatif.

POURCENTAGE DES INFIRMES PAR SEXE (Tableau V)

Il est par contre remarquablement constant :

60% pour les garçons,

40% pour les filles,

avec un écart maximum de 1,4%.

DIAGNOSTIC DE L'INFIRMITÉ PRINCIPALE

La répartition des types d'infirmité, dans chaque secteur, est rapportée dans le tableau VI. Ces taux sont calculés par rapport à 100 infirmes du même secteur.

En cas d'infirmités associées, seule l'infirmité principale a été retenue pour l'établissement de ce tableau.

L'importance relative des types d'infirmité varie de façon considérable d'un secteur à l'autre :

De l'ordre de 1 à 2 pour les traumatismes, la tuberculose, les autres infections, alors qu'il est relativement stable pour la Poliomyélite et les I.M.C.

TABLEAU V

POURCENTAGE DES INFIRMES PAR SEXE

	M	F
AISNE	59,2	40,8
LOIRET	60	40
NEURTHE ET MOSELLE	59,1	40,9
SEINE MARITIME	58,6	41,4
HAUTE VIENNE	61,2	38,8

DIAGNOSTIC DE L'INFIRMITÉ PRINCIPALE

	AINES	%	LOIRET	%	M. & M.	%	SEINE Inf	%	HAUTE Vienne	%	TOTAL	%
TRAUMATISMES	82	16,4	85	23,1	59	13,5	181	26,3	266	20,7	673	20,6
TUBERCULOSE	53	10,6	32	8,7	53	12,2	71	10,4	91	7,1	300	9,2
AUTRES INFECTIONS	23	4,6	14	3,8	31	7,1	24	3,5	39	3,1	151	4
MALFORMATIONS CONGÉNITALES	126	25,2	90	24,4	94	21,6	119	17,5	286	22,3	715	21,8
AUTRES MALADIES ORTHOPÉDIQUES	31	6,2	13	3,5	50	11,5	62	9,1	103	8	259	7,9
POLLIONYELITE	77	15,3	53	14,4	67	15,4	82	12	199	15,5	478	14,6
PARALYSIES OBSTÉTRICALES	14	2,8	9	2,5	3	0,7	12	1,8	20	1,6	58	1,8
INFIRMITÉS MOTRICES D'ORIGINE CÉRÉBRALE	77	15,4	53	14,4	59	13,6	115	16,8	203	15,8	507	15,5
AUTRES	19	3,7	19	5,1	19	4,4	19	2,7	75	5,7	151	4,6
T O T A U X	502		368		435		685		1282		3272	

DIAGNOSTIC DE L'INFIRMITÉ PRINCIPALE PAR SEXE (Tableau VII)

Cette classification met en lumière des écarts considérables.

- Traumatismes	564 M	109 F
- Myopathies	28 M	3 F
- Pieds bots	123 M	55 F
- Tuberculose	181 M	119 F
- Autres affections	89 M	42 F
- Autres malformations	133 M	77 F

Même avec des écarts plus faibles, la prédominance masculine persiste :

- Poliomyélite	256 M	222 F
- Autres maladies orthopédiques	138 M	121 F
- I.M.C. + troubles intellectuels	191 M	166 F
- IMC sans troubles intellectuels	85 M	65 F

Seule exception à cette règle, la luxation congénitale de la hanche est trois fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons : 247 contre 80.

INFIRMITÉ MOTRICE D'ORIGINE CÉRÉBRALE ET DATE DE NAISSANCE

De 1920 à 1944, cinq tranches, groupant 5 années

DIAGNOSTIC DE L'INFIRMITÉ

PRINCIPALE PAR SEXE

	M	%	M	%	Total	
Traumatismes	564	28,8	109	8,3	673	20,6
Tuberculose	181	9,2	119	9,1	300	9,2
Autres Infections	89	4,3	42	3,2	131	4
Luxation congénitale de la Hanche	80	4,1	247	18,8	327	10
Pieds bots	123	6,3	55	4,2	178	5,4
Autres malformations	133	6,8	77	5,9	210	6,4
Autres maladies orthopédiques	138	7	121	9,2	259	7,9
Poliomyélite	256	13	222	16,9	478	14,6
I.M.C. avec troubles intellectuels	191	9,8	166	12,7	357	10,9
I.M.C. sans troubles intellectuels	85	4,3	65	5	150	4,6
Paralysies obstétricales	35	1,8	23	1,7	58	1,8
Myopathies	28	1,4	3	0,2	31	0,9
Autres	59	3	61	4,7	120	3,7
	1962		1310		3272	

TABLEAU VII

N.B.

1) LES CAS CLASSES SOUS LA RUBRIQUE "AUTRES MALFORMATIONS CONGENITALES" SONT EN GRANDE MAJORITE DES MALFORMATIONS DU MEMBRE SUPERIEUR.

2) LES CAS CLASSES SOUS LA RUBRIQUE "AUTRES MALADIES ORTHOPEDIQUES" SONT EN GRANDE MAJORITE DES AFFECTIONS VERTEBRALS : SCOLIOSE, CYPHO-SCOLIOSE.....

consécutives de naissances, comportant chacune entre 55 et 66 cas d'I.M.C., donc un nombre relativement constant.

De 1945 à 1949, et de 1950 à 1954, nous en trouvons chaque fois 100. Cette augmentation s'explique par l'augmentation des naissances et la survie apportée par les antibiotiques. Mais l'augmentation du nombre des I.M.C. est néanmoins un fait dont il faut tenir compte.

NAISSANCE DIFFICILE ET DIAGNOSTIC DE L'INFIRME

Dans les infirmités sûrement acquises, 6,5% des naissances difficiles sont notées. Ce taux s'élève à 19,3% pour les infirmités sûrement congénitales, à 37,4% pour les I.M.C. et il y a eu 49 naissances difficiles pour 52 paralysies obstétricales.

DATE OU L'INFIRME A ETE NOTEE

Ce n'est pas forcément la date de constitution de l'infirmité, mais celle de sa découverte.

Pour 100 infirmités connues à 20 ans :

- 26,3 sont notées la première année de la vie,
- 30,3 de 1 à 5 ans,
- 14,3 de 5 à 10 ans,
- 29 après 10 ans.

(6,6% sont donc connues chez les enfants de 5 ans.

AGE D'APPARITION DES INFIRMITES ACQUISES

Le nombre d'infirmités par traumatismes augmente de fréquence avec l'âge et pour 333 cas de 0 à 15 ans, il y a 330 de 15 à 20 ans. Les séquelles de tuberculose ostéo-articulaire atteignent 97 sujets frappés avant 5 ans et 58 frappés de 15 à 20 ans.

Pour la poliomyélite, l'atteinte précoce est particulièrement lourde de séquelles, puisque 264 cas d'infirmité ont été acquis avant 5 ans et 194 seulement de 5 à 20 ans.

DATE OU SONT NOTÉES LES MALFORMATIONS CONGÉNITALES

On n'a pas reconnu dès la naissance 20 pieds bots sur 176, ni 36 malformations diverses sur 209. Mais la luxation de la hanche est bien plus défavorisée : sur 204 cas, 33 sont décelés à la naissance, 11 autres avant 1 an, 179 de 1 à 2 ans, 45 de 2 à 3 ans, 22 de 3 à 5 ans, et 14 au-delà de 5 ans.

TRAITEMENT CHIRURGICAL OU ORTHOPÉDIQUE ET DIAGNOSTIC

Alors que 94% , très régulièrement, des tuberculoses des traumatismes ou pieds bots ont bénéficiés de ce traitement, 69,4% seulement des luxations congénitales de la hanche ont été traitées.

REÉDUCATION ET DIAGNOSTIC

La rééducation a été insuffisante puisque, pour des sujets tous restés infirmes, le maximum est atteint pour la polio-

myélite avec 52,1 % des cas, puis viennent :

- les I.M.C. sans troubles intellectuels avec 34%,
- la tuberculose,
- les traumatismes,
- les luxations de la hanche,

échelonnés dans cet ordre entre 30 à 20%, les autres ensuite.

TRAITEMENT CHIRURGICAL ET REEDUCATION

26,3% des infirmes n'ont reçu ni l'un ni l'autre.

20,2% ont reçu les deux.

5,6% ont bénéficié de la seule rééducation, et

47,9% du traitement chirurgical seul.

Parmi les infirmes auxquels un traitement chirurgical ou orthopédique a été appliqué, 29,7% seulement ont été rééduqués.

DEPENDANCE COMPLETE OU MOYENNE ET DIAGNOSTIC

Elle handicape 75,3% des I.M.C. avec troubles intellectuels, et 44% des I.M.C. sans troubles intellectuels.

Puis, 20,6% des "autres malformations congénitales".

10,4% des poliomyélites.

Pieds bots, tuberculose, luxation de la hanche et traumatismes se rangent dans cet ordre entre 4 et 1,8%.

Malgré le défaut de diagnostic précoce, et de traitement, la luxation de la hanche ne donne que 2,6% de dépendants importants.

DIPLOMES OBTENUS

En moyenne, 59% des infirmes recensés n'ont aucun diplôme, alors qu'au dernier recensement, et pour l'ensemble de la population qui comporte des générations plus âgées, ce taux n'est que de 49%.

NE TRAVAILLANT PAS ET DIAGNOSTIC

87,7% des I.M.C. avec troubles intellectuels et

42% des I.M.C. sans troubles intellectuels ne travaillent pas.

Même pour les autres infirmités, le déchet reste élevé :

Autres malformations	26,9%
Polionmyélite	26,8%
Tuberculose	23,8%
Luxation de la hanche	20%
Pieds bots	16,7%
Traumatismes	7,9%

Ces chiffres sont notablement plus élevés que ceux obtenus en recensant les cas de dépendance importante.

ATTEINTE DES MEMBRES ET ABSENCE DE TRAVAIL

Celle-ci a été notée chez 13% des sujets ayant une atteinte isolée du membre supérieur droit et 6,1% pour l'atteinte gauche. Pour un seul membre inférieur, ce taux monte à 16,6%, mais il atteint 41,1% quand les deux membres sont frappés.

VARIABILITE DU MAXIMUM FAIT EN FAVEUR DE L'INFIRME

- selon l'époque : le maximum a été fait dans 60,4% des cas de 1920 à 1929 et dans 74,8% des cas de 1950 à 1954.
- selon le domicile: ce taux passe de 57% pour les habitants des villages à 70% pour ceux des villes.
- selon les ressources : de 35,6% quand elles sont insuffisantes à 73,6% quand elles sont suffisantes.

MESURES SOUHAITEES PAR LES ENQUETEURS

Ce sont celles qui ont manqué pour chaque cas où l'on jugeait que le maximum n'avait pas été fait.

Dans 48,4% des cas, des mesures médicales seules (traitement ou rééducation) ont été souhaitées.

Dans 27,8% des cas, il s'agissait de l'association de ces mesures médicales à des mesures sociales (mesures scolaires, professionnelles, aide sociale ou financière).

23,8% des cas auraient nécessité des mesures sociales seules.

Finalement, il est surtout remarquable qu'une meilleure qualité de soins médicaux aux infirmes soit réclamée, isolée ou associée à des mesures sociales, dans 76,2% des cas où le maximum n'a pas été fait.

- - - -

BILAN DE L'ENQUETE ET AUTRES CONSEQUENCES

Telle a été la méthode de l'enquête qui a permis de réunir une documentation considérable.

Elle s'est révélée difficile à réaliser, dans la mesure où l'on voulait obtenir un recensement très exact des ~~infirmes~~ et des renseignements sociaux, médicaux et psychologiques très précieux sur chaque cas.

- la technique du recensement paraît valable pour tout pays dans son principe, sous réserve d'aménagements de détail répondant aux caractéristiques de la démographie et de l'organisation générale, particulières à chaque cas.
- Le questionnaire a été conçu avec le désir de répondre à trop de questions et pourrait être allégé.
- Pour donner une valeur absolue aux résultats de quelques rubriques, notamment celles qui concernent l'instruction et la profession, il aurait été bon de disposer de témoins parfaitement comparables. mais il n'était pas matériellement possible de réaliser cette enquête supplémentaire.

Lors d'une réunion pour l'extension de l'enquête à d'autres pays, le Docteur Schwartz, conseiller technique du Centre International de l'Enfance pour les études statistiques, a proposé ce qui suit :

- Nombre de témoins : Il faut au moins autant de témoins que d'infirmes, mais il est préférable d'avoir deux fois plus de témoins que d'infirmes.

- Choix des témoins : pour chaque enfant infirme, il devra donc être étudié 1 ou 2 enfants du même sexe, nés à la même date et au même endroit. La méthode la plus simple serait de prendre deux enfants inscrits sur le même registre de naissance de l'état civil, tout de suite avant ou après l'infirmes.

Comme il est souvent difficile de retrouver les témoins, il est conseillé, pour chaque enfant, d'avoir aussi deux témoins de réserve, choisis de la même façon.

AUTRES CONSEQUENCES

Bien que cette enquête sur les enfants infirmes moteurs n'ait eu pour but immédiat qu'un recensement statistique et la réunion d'informations objectives, il est évident qu'elle a atteint d'autres résultats et sur des plans très divers :

- c'est ainsi que le travail de prospection de l'assistante sociale chargée de l'enquête n'a pas manqué de faire surgir un grand nombre de problèmes qu'elle n'était pas, en théorie du moins, habilitée à résoudre. En fait, elle s'est trouvée amenée à en résoudre un grand nombre, seule ou avec ses collègues.
- l'enquête a provoqué une prise de conscience de situations, plus ou moins passivement acceptées jusqu'ici, soit de la part des intéressés et de leur famille, soit des services sociaux, les premiers ignorant souvent les possibilités actuelles de traitements, de récupération fonctionnelle, les seconds, avec des secteurs très vastes, ne connaissant que les cas graves.

Il ne pouvait être question de prendre en charge et de donner une suite à tous les cas. Cependant, quelques exemples, pris dans le département de l'Aisne, illustreront ce qui a pu être entrepris dans certaines conditions :

- un groupe de six enfants infirmes a été conduit en consultation aux Enfants Malades, en accord avec les médecins traitants et les assistantes sociales de secteurs.

- à la suite de contacts avec les instituteurs, un groupe d'enfants de secteurs ruraux très divers a été conduit au Centre de Laon, en vue d'examen psychotechnique. Des décisions de reclassement et de rééducation ont pu être prises avec la collaboration des Maires, des instituteurs, de l'assistante sociale, de la famille, etc... dont l'intérêt et la compréhension ont été éveillés par l'enquête elle-même. Parmi ces cas :
 - . une enfant de 14 ans, de famille polonaise rurale. Absence congénitale de doigts, intelligence normale. Décision prise : appareillage des mains, centre de Rééducation, apprentissage de la comptabilité.
 - . enfant de 15 ans. Parents manoeuvres dans une ferme. Séquelles de fracture du coude droit avec flexion incomplète. Décision prise : placement dans un centre de mécanique agricole, et apprentissage d'un métier plus compatible avec son infirmité que celui de manoeuvre.
 - . jeune fille de 25 ans, ancien Pott greffé, à la charge de ses parents, gens de maison, après un essai infructueux comme femme de chambre. Décision prise après examen psychotechnique : apprentissage d'un métier de bureau, tout en assurant un service de surveillance au pair dans un pensionnat.

L'enquête a mis ainsi en lumière le fait que, malgré les progrès des Lois d'Assistance et de la Sécurité Sociale, beaucoup d'infirmes restaient méconnus et non secourus et qu'un pourcentage important d'entre eux était susceptible de traitement, d'orientation, de réadaptation et de reclassement.

C'est ici que se place le rôle essentiel de l'Assistante Sociale en face de l'enfant infirme :

- 1) - Plaque tournante qui établira les contacts nécessaires :
 - . avec les services médicaux et les centres de traitement,
 - . avec les instituteurs,
 - . avec les conseillers d'O.P., auxquels elle apportera les éléments indispensables,
 - . avec les Commissions Départementales de reclassement.
- 2) - Rôle d'information et d'appui souvent indispensable dans le jeu compliqué de l'application des lois sociales, de dépannages de toutes sortes.
- 3) - Rôle d'éducation enfin, vis à vis de la famille qu'elle doit soutenir, et guider dans l'éducation du petit infirme.

Du point de vue de l'Administration Sanitaire, il est apparu que la mise en place dans chaque département d'au moins une Assistante Sociale spécialisée, agissant comme "consultante" auprès de ses collègues des secteurs et assurant les liaisons, les recherches et l'information nécessaires, serait une entreprise extrêmement utile et rentable.

Le service spécialisé des infirmes est déjà en fonction dans le département de l'Aisne, conduit avec l'activité dévouée de l'Assistante Sociale qui avait eu la charge de l'enquête. Et ce n'est pas une des moindres conséquences de l'enquête.

- - - - -

C O N C L U S I O N S

I - Les infirmités motrices entre autres problèmes posent un problème social. Toute politique en faveur des infirmes se heurte à l'ignorance :

- 1) du nombre des infirmes,
- 2) de la gravité des infirmités,
de leurs causes,
de leur nature,
de leur fréquence relative,
- 3) de ce qui a été entrepris pour la récupération des infirmes.

II - Pour répondre à ce besoin d'information, une enquête était nécessaire. Cette enquête a été menée en France, de 1954 à 1958, par le Centre International de l'Enfance, en collaboration avec l'Institut National d'Hygiène, le Ministère de la Santé Publique et de la Population, et avec le concours de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

III - Méthode de l'enquête

- 1) Toutes les infirmités, quel qu'en soit le degré, ont été retenues, sous la seule condition qu'elles intéressent les fonctions du mouvement, à la suite d'une atteinte osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse. On ne retient que les infirmes nés entre le 1er janvier 1920 et le 31 décembre 1954, à condition que leur infirmité soit apparue avant l'âge de 20 ans.
- 2) Dans un premier temps, l'enquête a été confiée au Centre de Santé Publique de Soissons. C'est l'enquête pilote qui a permis la mise au point d'une méthode de dépistage, comprenant l'utilisation des archives des différents services et le recours à des personnalités locales. Chaque cas dépisté a fait l'objet d'une étude au moyen d'un questionnaire.

L'organisation et la direction de l'enquête sont confiées au Directeur Départemental de la Santé, secondé par une assistante sociale qui distribue et coordonne le travail des enquêteurs à domicile (assistantes sociales de secteur).

3) Dans un deuxième temps, l'enquête est étendue à quatre autres secteurs :

- la Haute Vienne (ensemble du département)
- la Meurthe et Moselle (agglomération de Nancy)
- La Seine Maritime (10 cantons côtiers)
- le Loiret (agglomération d'Orléans).

En tout, avec Soissons et les cantons limitrophes, 5 secteurs de structures démographiques et sanitaire très différentes.

IV - Premiers résultats

Le total des infirmes recensés à l'intérieur des cinq secteurs comptant 847 766 habitants est de 3 272, soit, pour 100 000 habitants un taux de 384.

La proportion des sujets atteints d'infirmité motrice avant l'âge de 20 ans et âgés de moins de 35 ans constatée par l'enquête, varie beaucoup selon les secteurs : les extrêmes sont de 494 et de 254 pour 100 000 habitants. Mais dans chacun des cinq secteurs, la proportion par sexe est remarquablement fixe (sexe masculin : 60%, sexe féminin : 40%).

Un premier classement par causes a été établi.

V - Autres conséquences

A l'occasion de l'enquête, un certain nombre d'infirmes ont pu être conseillés utilement et orientés. Dans l'un des secteurs,

un service spécial a été créé pour continuer et étendre cette action de dépistage, d'orientation et de coordination.

Vu = Le Doyen,

Vu = le Président de Thèse

L. BINET

J. MARIE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

:::::::::::

B I B L I O G R A P H I E

- ANDERSEN, B. Infantile Cerebral Palsy.
Sociomedical enquired carried out in the county
of Østfold in Norway 1954 - 1955
In Acta Paediatrica 1957, 46 supplementum 109
- ANDERSEN; B. Cerebral Palsy.
Journal of the Oslo City Hospital
1954, 4 : 65
- ASHER, P. SCHONELL, F.D. A survey of 400 cases of cerebral palsy in childhood
Arch. Dis. Child. 1950, 25, 124 : 360
- AUJALEU, E. et LAPORTE, L. La Réadaptation des diminués physiques. Problème
de Santé Publique. XL^e Congrès d'Hygiène,
octobre 1960.
Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale 1961,
2, 3 : 195
- AVIGNON, M d' Enquête en Suède sur l'avenir des enfants atteints
de Paralyse cérébrale.

In Centre International de l'Enfance : Séminaire :
Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices.
Paris C I E 1960, p.39.
- AVIGNON, M. d' A medical and social analysis concerning cerebral
palsy, in children and adolescents in the
Stockholm region
Acta Paediatrica, 1958, 47, 3 : 331
- AVIGNON M. d' Enquête à Stockholm et dans la région de Stockholm
sur les enfants atteints de Paralyse cérébrale.
In Centre International de l'enfance : Séminaire :
Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices
Paris, C I E 1960 40

II

- BAKER Harry J. Introduction to Exceptional children "the
orthopedically children" chap 26 p. 411
the Macmillan Company N.Y. 1959
- BANERJEE G.R. Social case worker and Physically Handicapped
child
In the Handicapped child p. 135 Bombay Wadia ed.
- BARCLAY J. A survey of cerebral Palsy in Otago
The New Zealand Medical Journal 1956, LV, 307 : 199
- BARDIER, A. CARUZAC, L'Avenir des Enfants atteints de Handicaps Moteurs.
B. NICHEL, J. OUSSET, Archives Francçaises de Pédiatrie 1959, XVI, 8 :
A. et CHRISTOL J. 1047.
- BARRET M.N. Welfare services and social problems of young
adult spastics.
Spastic's quarterly, London 1960, 9, 3 : 16
- BIARDEAU R. Aspect éducatif de la réadaptation.
Réadaptation 1961, N°80 : 10
- BIARDEAU R. Résultats d'une enquête du Centre de Réadaptation
fonctionnelle de Ramonville - Saint Agne.
L'insertion sociale des enfants infirmes.
in : Centre Inter. de l'Enfance - Séminaire 1960,
p. 35
- BIARDEAU R. Vue d'ensemble sur la réadaptation des enfants
infirmes moteurs.
Cahiers de l'enfance inadaptée 1959, 10, 2 : 1
- BRADLEY W. Poliomyélite, hospital enquiry, England and
Wales 1949
in Public Health Reports 1951 - 23 - 740

- BRAIK Arab La Poliomyélite en France
Epidémiologie, vaccination
Thèse 1958.
- BRANDT S. Comparaison des résultats de l'enquête du C.I.E.
en France avec ceux d'une enquête Danoise sur
les paralysés cérébraux.
IN :
Centre International de l'Enfance : Séminaire.
Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices.
PARIS - CIE 1960, p. 43
- BRICOUT J. Les principaux problèmes relatifs aux encéphalo-
pathies infantiles.
Aspects actuels - Conception d'ensemble.
Thèse Paris 1960.
- BOULARD P. Réhabilitation et avenir des enfants infirmes
moteurs et cérébraux.
Revue d'Hygiène et de Médecine sociale.
Paris - 1961, 2, 3 : 253
- CAHUZAC, M., NICHIL, J. Aspect fonctionnel de la réadaptation
in : Réadaptation 1961, n° 80 : 8
- CHAUVEAU J. Etude générale sur la réadaptation fonctionnelle
et la récupération des diminués physiques par la
rééducation professionnelle.
Paris 1951 = 37 (18.4.1951). Thèse.
- CHILDREN'S BUREAU Diagnoses of children served in the crippled
children's programm.
Statistical series - 1956, 29.

- CHRISTOL J. L'Avenir des enfants atteints de Handicaps Moteurs.
Recherche des éléments de pronostic à partir de 133
observations du Centre de Réadaptation Fonctionnelle
de Ramonville St-Agne.
Thèse - 1959 - Toulouse.
- Colloque de Suresnes 1960 Les Enfants déficients moteurs
Cahiers de l'Enfance inadaptée.
1960 - II année, Nos 1, 2, 3.
- COMITE d'experts de la Poliomyélite.
2ème rapport O.M.S. Série de Rapports techniques.
Genève 1958, 145.
- CONFERENCE by the Florida children's
commission - 1949 Services to Crippled children in Florida
p. 42
(Problèmes de dépistage).
- 6ème CONGRES de la Fédération EUROPEENNE
des "suroptimist clubs" La HAYE 1956 L'~~ENFANT~~ HANDICAPE, invalide par Polio et Paralysie
cérébrale.
La Haye 1956.
- Connecticut State Department of Health The study of cerebral Palsy in Connecticut
Hartford, 1951 ; 21
- CRUICKSHANK, W.M. Cerebral Palsy - Its individual and community
RAUS, G.M. problems.
Syracuse University Presse, 1955.
- CRUICKSHANK, W.M. The multiply handicapped cerebral palsied child.
Exceptional children 1953, 20, 1 : 16.
- DARDEL J.P. Considérations médico-sociales concernant :

Les Poliomyélitiques admis en 1954 au Centre National de traitement des séquelles de poliomyélite à Garches
1956 - Thèse.

- R. DEBRE - D. DUNCAN - F. ENDERS etc... La Poliomyélite.
Organisation mondiale de la Santé.
GENEVE 1955.
- ELLIS E., HARDY L. Adolescents and young adults with cerebral palsy.
SPASTICS QUARTERLY
1956, 5, 3 : 15
- FERGUSON T., KERR A. Handicapped youth, a report on the employment problems of handicapped young people in Glasgow
Fondation Nuffield 1960.
- GROSSIORD A. Les Problèmes de Réadaptation dans les infirmités motrices infantiles d'origine neurologiques.
La Semaine Médicale 1953. Supp. de la semaine des hôpitaux 1953, 2, 1.
- GINGRAS G. (et al) A clinical and statistical study in cerebral palsy rehabilitation.
In : the CANADIAN Medical Association Journal
1959, 80, 5 : 342.
- GERARD G. La Rééducation et le reclassement des diminués physiques en Angleterre.
Travail social, 1953, 3ème année, 4e trimestre, p. 28.
- GRAEVE M. Les Possibilités actuelles de l'emploi des diminués physiques.
Réadaptation 1956, 31

VI

- GUILLERMO Josette Aspect Actuel de la Lutte contre la Poliomyélite
Thèse 1954.
- HANSEN ERIK Cerebral Palsy in Denmark 1960.
Copenhagen, Munksgaard.
- HELMER Odile-France Quelques aperçus sur la réhabilitation aux U.S.A.
Paris 1955.
Rapport de stage à l'institute for the crippled and
desabled New York.
Paris 1955.
- HENDERSON J.L. Cerebral Palsy in childhood and adolescence. A me-
dical, psychological and social study.
Livingstone (Edingburgh, London) 1961
- HERLITZ G and REDIN B. The Prevalence of cerebral Palsy
Acha Paediatrica 1955, 44, 2 : 146
- HOFFER Henriette L'enfance déficiente
Paris - Vautrain (1937)
- IMBERT R. Actualité du reclassement des diminués physiques.
In : Techniques hospitalières 1953.
1953, 8, 93 : 27
- HOPKINS T.W., BICE H.V et COLTON K. Evaluation and education of the cerebral palsied
child. Newjersey study.
Washington, D.C., International Council for excep-
tional children 1954.
- INGRAM T.T.S. A study of cerebral Palsy in the childhood Popula-
tion of Edinburgh
Archives of Disease in childhood 1955, 30, 150 :
85.

INTERNATIONAL study
conference on child
welfare. Bombay -
déc. 1952

Report of the Proceedings
Ed. International union for child welfare
Genève.

ISAAC

Enquête sur la réadaptation sociale des diminués
physiques en France.
in : Chronique et diminués physiques.
1952 - 1 = 49.

JAPON. Ministry of
Health and Welfare.
Children Bureau.TOKYO

Services for crippled children in Japan - Tokyo -
Japanese government - 1951.

KOHLER Claude

L'Avenir social de l'enfant atteint d'infirmité
motrice.
In : Pédiatrie - Lyon - 1953 - 8, 5 : 665

LAUNAY Clément et
DUCHE D.

L'Enfant physiquement handicapé.
Rôle médico-social du médecin.
1958, 1 vol. DOIN éd. PARIS.

LAITER N.

Etude de 1044 cas d'infirmité motrice d'origine
cérébrale.
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène 1961,
16, 2 : 391.

LAITER N., TARDIEU G.

Enquête statistique portant sur les enfants atteints
d'infirmités motrices cérébrales.
In ; Centre International de l'Enfance : Séminaire :
Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices.
PARIS - C I E - 1960 p. 41.

- LATTEP N. L'infirmité motrice cérébrale - Etude statistique. Besoins en centres de rééducation et en établissements scolaires. Thèse Paris - 1958.
- LA TAILLADE L. Quelques données fournies par l'enquête sur les enfants infirmes moteurs effectués dans cinq départements français. L'Evolution médicale. 1957, 3, 169.
- LEVESQUE J. et COFFIN R. Etude sur l'avenir éloigné des enfants nés débiles ou pré maturés. Le Nourrisson - Paris 1957, 4, 132.
- LORY M.B. et PICQUENARD Bilan de 15 ans d'efforts en faveur de la réadaptation des diminués physiques et perspectives d'avenir, Intervention de l'AIDE SOCIALE. Réadaptation, 1961, n° 81 = 14.
- MAC KEITH R. Incidence de la paralysie cérébrale parmi les adolescents et les jeunes adultes. In : Centre International de l'Enfance : Séminaire : Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices. PARIS - C I E 1960, p. 45.
- MANCIAUX M. Etude de l'organisation de la réadaptation fonctionnelle des enfants atteints d'infirmités motrices en Suède et au Danemark. NANCY 1961 - Conseil de l'Europe - Bourse médicale n° 566.
- MASSE P. Une méthode chiffrée d'appréciation de la fonction globale chez les infirmes moteurs. Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur. 1961, 47, 4 : 531.

- MATSUMI F. Studies on Poliomyelites in Tokyo Areas
In : Paediatrica Universitates, Tokyo 1957, 1, 24
- NERET Les enfants et les adolescents inadaptés - Guide
Pratique. Ed. sociales françaises, 17 rue Viète,
Paris 17e.
- NEIMANN N (et al) Le dépistage des enfants atteints d'infirmités mo-
trices dans la région lorraine.
Centre International de l'enfance : Séminaire :
Avenir des enfants atteints d'infirmités motrices.
PARIS - C I E - 1960 - p. 37.
- Organisation mondiale Maladies infectieuses , nombre de cas de décès noti-
de la santé fiés au cours des 8 derniers mois.
Polio
In : O.M.S. Rapport épidémiologique et démographique
Genève 1958-59-60.
- PARMENTIER et BERNFELD L'orientation professionnelle des adolescents han-
dicapés physiques.
Réadaptation, 1961, n° 78 : 15
- PERLSTEIN M.D. Cerebral Palsy, Incidence, Etiology, Pathogenesis
Archives of Pediatrics - 1962, 79, 8 : 289.
- PETIT J.M. La situation actuelle des handicapés et les problèmes
de leur remplacement. Liège 1955.
Centre d'Etudes et de Documentation sociale de la
Province de Liège. 1955, 4 : 203.
- N.M. PHILPS The cerebral Palsies.
Textbook of Pédiatries.
W.B. Saunders - Philadelpie 1950.

- PHELPS W.M. The rehabilitation of cerebral palsy
South M.J. - 1941, 34 : 707
- PIERQUIN L. La Réadaptation des Handicapés physiques - Aspects
fonctionnel, professionnel et social.
XL e Congrès d'Hygiène, octobre 1960
Revue d'Hygiène et de Médecine sociale 1961, 2, 3 :
204.
- POINSON-CHAPUIS G. Perspectives législatives de la réadaptation et du
réemploi des diminués physiques.
Rapport au 8e congrès de l'U.N.A.R. Toulouse 1956.
Supplément à "Sauvegarde de l'Enfance". Paris 1957, 1
- RAUSY et PICQUENARD Perspectives de l'aide sociale dans le travail des
handicapés et des infirmes.
Rapport au 8e Congrès de l'U.N.A.R. 1956.
Supplément à "Sauvegarde de l'Enfance". Paris 1957, 1
- N.Y. Report of N.Y. State Joint Legislative Committee to study the Problem of
cerebral Palsy.
Legislative document n° 55, 1949 - n° 61, 1953

A survey of cerebral palsy in shenechady County
Albany - N.Y. 1949.
- ROUSSEAU Max Le problème de l'enfance estropiée dans le monde.
L'urgence d'une solution en France. Législation,
dépistage, traitement, éducation, enseignement
professionnel, placement.
Paris - 1939, 199 p. Thèse.
- SANT M.V. Problem of handicapped children in India
(Except the Blind, Deaf and Mute.
The Indian Journal of Child Health 1952, 1, 11 :597

- SIMAR, WILKIN et
EROY E. Les Enfants paralysés cérébraux
Aspect médical
Aspect social
Aspect familial
In : SERVICE SOCIAL
Bruxelles 1960, 38, 2, 70.
- J. STROM Poliomyelitis in Stockholm, with special reference
to the epidemic of 1953.
In : Nordisk Medecine
Stockholm 1955 - 28 - 1071.
- TANCISIO MAREGA Considerations cliniques et statistiques sur 2044
cas de poliomyélite
In : I Fracastoro - Verona 1958 - 5 - 390.
- TARDIEU G. et BOCQUET L. Semaine des Hôpitaux de Paris

Les problèmes posés par les infirmités motrices
d'origine cérébrale chez l'enfant.
1954, 30, 30 : 1871
- TARDIEU G et LAITER N. La rééducation de l'I.M.C. infantile.
Réalisation et besoins en France.
Bulletin de l'Académie nationale de Médecine.
1958, 142, 29-30 : 764.
- TARDIEU G. et TOURNAY, A. Les handicapés moteurs.
Rapport au 8e Congrès de l'U.N.A.R. 1956.
Supplément à " Sauvegarde de l'enfance".
1957, 1 à 4 : 434.
- THIEFFRY S. Essai de classification des I.M. récupérables
d'origine neurologique.
La médecine infantile 1953, 3, 5.

- THIEFFRY
Impression du 2e Congrès international de la polio-
myélite
Courrier du C.I.E. 1952 - 2 - 61.
- S.THIEFFRY, C.MARTIN,
M. ARTHUIS
L'Hémiplégie cérébrale infantile du traumatisme
obstétrical (Etude de 50 cas).
Semaine des Hôpitaux 1954 - 3 - 142.
- THOMAS - COLLIGNON
Commentaires de la loi sur le reclassement des tra-
vailleurs handicapés.
Réadaptation, 1958, 47, 24.
- TIWARI C.P. et
SAXENA R.N.
Poliomyelitis - A social problem.
In : The Indian journal of social work.
Calcutta - 1957 - 3 - 147.
- TOURNAY Auguste
Les Enfants Invalides et Mutilés.
Cours de Pédiatrie sociale - 1948 - p.932.
- TOURNAY Auguste
La Protection de l'enfant estropié par le dépistage
et les traitements.
In : Réunion (13e) de l'Association Internationale
de la Protection de l'Enfance.
Francfort 1938.
- TRAINEAU G.
Les Paralysés Ruraux : étude faite par le service
social spécialisé de l'Association des Paralysés de
France à travers 57 départements.
Réadaptation 1962, 87 : 9
- VANROY F
L'ENFANT INFIRME
son handicap
son drame
sa guérison
1954 - Delachaux et Viestlé S.A. Neuchâtel - PARIS

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

Association of the Councils International de la police
 1952

Association of the Councils International de la police
 1952
 Comptes de l'Association 1952 - 53 - 54

XIII

WALLACE H.M. (et al.) Cerebral Palsy in Minnesota. Method of study, prevalence and distribution.
American Journal of Public Health , 1961, 51, 3 :417

ZUCMAN E. La rééducation des encéphalopathies infantiles, selon la méthode de TEMPLEFAY :
Etude critique de la technique et de ses résultats à propos de 76 cas.
Thèse Paris 1961.

